

Tunghørte på seniorsenter

Er kommunikasjonsforholdene tilrettelagt for tunghørte på seniorsentrene i Oslo?

Hilde Stagrim



Master i spesialpedagogikk

ved Det utdanningsvitenskapelige fakultet

Institutt for spesialpedagogikk

UNIVERSITETET I OSLO

1.juni 2010

Sammendrag

Bakgrunn og formål: Det faktum at 90 % av 80 åringer har nedsatt hørsel gjorde at jeg ble interessert i å se nærmere på hvor mye det tas hensyn til tunghørte på arenaer hvor mange eldre er samlet. Flere steder kunne vært aktuelle, men jeg endte opp med å se på seniorsentrene i Oslo og deres tilrettelegging for tunghørte brukere.

Problemstillingen: Er kommunikasjonsforholdene tilrettelagt for tunghørte ved seniorsentrene i Oslo?

Design og metode: Dette er en kvantitativ beskrivende studie. Populasjonen er alle seniorsentre i Norge, og utvalget av informanter ble foretatt som en to-trinns klyngeutvelgning, ved først å velge Oslos seniorsentre og deretter å velge lederne som informanter. Det ble brukt spørreskjema ved innsamling av data. Dataene fra undersøkelsen ble lagt inn i SPSS og brukt i deskriptiv statistisk analyse, hovedsakelig frekvenstabeller.

Viktige funn: Resultatene av undersøkelsen er delt inn i fire hovedområder, bakgrunnsinformasjon om sentrene, en oversikt over tekniske hjelpemidler, kartlegging av kunnskap hos personalet om hørselshemming og hvilke eksterne ressurser sentrene bruker i tilknytning til hørsel. Det er store variabler både når det gjelder størrelse på sentrene og på hvilket fokus og hvilke kunnskaper de har om tilrettelegging for tunghørte. De fleste har teleslynge og/eller lydutjevningsanlegg, mens andre hjelpemidler er relativt ukjente. Kunnskaper om kommunikasjonsstrategier er variable, likeledes kjennskap til høreapparater. Omtrent 70 % av sentrene tilbyr hørselstesting av audiograf. 60 % har kontakt med HLF (Hørselshemmedes landsforbund) gjennom hørselshjelper/likemenn, som bistår med ulike ting.

Konklusjon: Det er et visst fokus på hørselsproblemer på seniorsentrene i form av teleslynger og hørselstesting, men det er tilfeldig og fragmentarisk. Kunnskap om hjelpemidler, kommunikasjonsstrategier for tunghørte og de psykiske og fysiske virkningene av hørselsproblemer er lite kjent. Brukerne selv er ikke alltid like interessert i å innrømme at de hører dårlig. En alminneliggjøring av hørselstap med alderen, og en opplæring i bruk av hjelpemidler og strategier kan gjøre tilretteleggingen betydelig bedre.

Forord

To års masterstudie ved ISP er over. Det har vært en krevende og spennende tid, med mange utfordringer og gleder. Det å kunne sette seg på skolebenken å være student igjen etter mange år i yrkeslivet er noe alle burde få mulighet til fra tid til annen. Man får faglig påfyll og tid til etterlengtet refleksjon, og man får pågangsmot og lyst til å ta fatt på jobben igjen.

Arbeidet med masteroppgaven har vært mer intenst og mer tidkrevende enn jeg hadde forestilt meg på forhånd. Den tiden det tar før stoffet modnes og man kan sette det ned på papiret på en meningsfull måte, er lenger og mer slitsom enn man tror i utgangspunktet. Men nå er jobben gjort, og det har vært en lærerik prosess.

Hovedhensikten med denne oppgaven har vært å sette fokus på spesialpedagogisk arbeid innen eldreomsorgen, med fokus på tilrettelegging for tunghørte. Dette er et tema nesten alle kommer i berøring med før eller siden enten ved å rammes selv eller ved at en pårørende blir tunghørt. Kartlegging av seniorsentrenes tilrettelegging for tunghørte ble oppgavens tema, og det har vært spennende å få innblikk i hvordan dette fungerer.

Det er godt å ha familie og venner rundt seg som er opptatt av hva man gjør, og som viser interesse og entusiasme i en krevende prosess som dette har vært. Takk til alle som har fulgt så interessert med på veien.

Takk også til min veileder Peer Møller Sørensen for konstruktive tilbakemeldinger og tydelig kommunikasjon om skriveprosessen.

Oslo, mai 2010

Hilde Stagrim

Innholdsfortegnelse

1.	INNLEDNING.....	6
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	7
1.2	PROBLEMSTILLING	8
1.3	FORMÅL MED OPPGAVEN	9
1.4	OPPGAVENS DISPOSISJON	10
2.	TEORIDEL.....	11
2.1	HØRSEL OG HØRSELSHEMMING	11
2.2	HØRSELEN	11
2.3	HØRSELSHEMMING	11
2.4	KONSEKVENSER AV HØRSELSTAP	13
2.5	KOMMUNIKATIVE OG SOSIAL KONSEKVENSER	14
2.6	EMOSJONELLE KONSEKVENSER	17
2.7	PRAKTISKE KONSEKVENSER	18
3.	REHABILITERING.....	19
3.1	AUDIOLOGISK REHABILITERING	19
3.2	STRESS OG COPING.....	21
3.3	HØRSELSTAKTIKK/HØRETRENING	26
3.4	VISUELL TRENING.....	29
3.5	REHABILITERINGSPLANER OG VEILEDERE FRA DET OFFENTLIGE.....	30
3.6	BRUKERORGANISASJONEN HLF.....	33
4.	ELDRESENTRENE I OSLO.....	34
4.1	MÅL FOR ELDRESENTRENE	34
4.2	BRUKERE/IKKE BRUKERE AV ELDRESENTRENE.....	35
4.3	INNHold – AKTIVITETER.....	36
5.	METODE.....	39
5.1	DESIGN.....	39
5.2	OPERASJONALISERING AV BEGREPER.....	39
5.3	SPØRRESKJEMA SOM METODE	40
5.4	UTVALG/POPULASJON	41
5.5	PROSESS MED INNSAMLING AV DATA	42
5.6	ANALYSE AV DATA.....	42
5.7	ETISKE VURDERINGER	43
5.8	VALIDITET/RELIABILITET	43
6.	RESULTATER	45

6.1	BAKGRUNNSOPPLYSNINGER OM ELDRESENTRENE	45
6.2	TEKNISKE HJELPEMIDLER	49
6.3	KUNNSKAP HOS PERSONALET	50
6.4	EKSTERNE RESSURSER.....	53
7.	DRØFTING	55
7.1	TILRETTELEGGING AV KOMMUNIKASJONSFORHOLD FOR TUNGHØRTE ELDRE	56
7.1.1	<i>Individets rolle</i>	<i>56</i>
7.2	OMGIVELSENES ROLLE	58
7.2.1	<i>Teknisk tilrettelegging.....</i>	<i>59</i>
7.2.2	<i>Pedagogisk tilrettelegging</i>	<i>60</i>
7.2.3	<i>Medisinsk tilrettelegging.....</i>	<i>61</i>
7.3	KOMMUNIKASJONSFORHOLD	62
7.4	EKSTERNE RESSURSER.....	63
8.	KONKLUSJON/OPPSUMMERING.....	65
9.	KILDELISTE.....	69
10.	VEDLEGG	72

1. Innledning

Et av målene for vårt velferdssamfunn er at levealderen skal bli så høy som mulig. Dette har vi lykket ganske godt med, i og med at gjennomsnittelig levealder i Norge i 2008 var 83 år for kvinner og 79 år for menn. (Statistisk sentralbyrå, 2008). Halfdan Sivertsen sier i en vise ”vi vil leve lenge vi, men gamle vil vi aldri bli”. Dette stemmer nok ganske godt med hvordan mange tenker. Man vil gjerne leve lenge, og ha et godt liv, men vil gjerne unngå alle de plagene som ofte dukker opp med årene. Aldringsprosessen innebærer en gradvis svekkelse og slitasje på organismen, og etter hvert vil de aller fleste få noen plager.

En av de tingene som svikter hos veldig mange etter som årene går er hørselen. Hos 60 åringer har 60 % nedsatt hørsel, og hos 80 åringer hele 90 %.(Folkehelseinst. 2004) Det underligste med dette faktum er, hvor lite det tas hensyn til i samfunnet. Noe som gjelder så mange, og som det til en viss grad er mulig å tilrettelegge for å leve bedre med, er det utrolig lite kunnskap om og fokus på. Nylig var det en sak i media om hvor mange høreapparater som ligger ubrukt fordi det ikke er gitt opplæring i å bruke dem. Dette bringer tankene hen på pedagogenes rolle i rehabiliteringsarbeid, spesielt i eldreomsorgen og i hørselsomsorgen. Tangerud (2004) kommenterer det faktum at 95 % av de yrkesaktive spesialpedagogene arbeider i skoleverket med 10 % av brukerne, mens 1-2 % av spesialpedagogene arbeider med skrøpelige eldre som har opplæringsbehov. Rehabilitering innebærer jo ofte en læringsprosess, og pedagogene burde vært naturlige aktører på det feltet. Det er de imidlertid ikke, i beste fall noen logopeder.

Arbeid med eldre har ikke høy status verken når det gjelder medisin eller omsorgstjenester. Det er mangel på personale på sykehjemmene, og rehabiliteringen av eldre blir ofte på et minimumsnivå. Mangel på kunnskaper om rettigheter og muligheter hos mange eldre gjør også at de ikke stiller krav om opptrening eller hjelpemidler.

Mange eldre er spreke og lever et godt liv med god helse og overskudd til gode opplevelser. Nedsatt hørsel alene burde ikke være noe hinder for dette, og ved en hensiktsmessig tilrettelegging og gode hjelpemidler kan livet fungere greit. Hvis kommunikasjonen med omverdenen blir for vanskelig kan dette påvirke livskvaliteten hos den enkelte. Med den raske teknologiske utviklingen som skjer er opplæring en viktig del. Mange kan ha nytte av

hjelpe midler som de ikke har kjennskap til. Med et så velstående samfunn som vårt må vi kunne ta oss råd til å tilrettelegge slik at man kan leve godt med en hørselshemming. Samfunnsøkonomisk er det neppe noe tapsprosjekt. Med tanke på alle de millionene som brukes på høreapparater til ingen nytte ville nok en mer gjennomtenkt bruk av midlene komme flere til nytte og gi flere en økt livskvalitet.

Trivsel og god helse er noe av det viktigste for de fleste mennesker, og ikke minst for eldre. Det er derfor interessant å se på hva som fremmer disse faktorene. Antonovsky(2001) er kjent for sin teori om salutogenese, hva som er helsefremmende faktorer. Det er mange av hans tanker man kan se på i forbindelse med eldreomsorg / hørselsomsorg, og fokusere på å fremme for å styrke helse og trivsel. Hvordan får man tak i og tar vare på de ressursene mange har i seg?

En arena hvor mange hjemmeboende eldre har tilknytning er eldresentrene. Disse sentrene er en viktig trivselsfaktor i manges liv, og en viktig arena for deres sosiale kontakt. I Oslo var det pr.1.1.2009 59548 personer over 67 år (Statistisk sentralbyrå), og mange av dem bruker eldresentrene i ulik grad. Den største delen av brukerne er de over 80 år, og det innebærer at det vil være mange brukere med nedsatt hørsel. Det er derfor interessant å undersøke i hvilken grad sentrene er tilrettelagt for tunghørte, om sentrene samarbeider om å dele kunnskap på hørselsområdet, og hvilke ressurser som tas i bruk for å øke kunnskap og kompetanse hos personale og brukere.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Etter et år med fordypning i audiopedagogikk ble jeg mest opptatt av alt som faktisk kan gjøres for å bedre forholdene for de som hører dårlig. Alle kjenner for eksempel noen eldre som hører dårlig, og det er interessant å finne ut hvorfor ikke teknologien og pedagogikken i fellesskap kan gjøre en innsats for å legge forholdene til rette for å bedre forholdene for denne gruppen. Kunnskap om kommunikasjonsstrategier og tilrettelegging finnes, så vel som tekniske hjelpemidler av stadig bedre kvalitet. Jeg ble nysgjerrig på hva slags kunnskap som er tilgjengelig på arenaer hvor mange eldre samles.

I utgangspunktet tenkte jeg tilrettelegging for tunghørte pasienter på sykehjem, men dette viste seg å være en vanskelig gruppe å kommunisere med, ikke bare på grunn av hørselen

men også fordi mange på sykehjemmene er demente. Kommunikasjon med eldre tunghørte er ellers et tema som gjelder flere arenaer både sykehus, legekontorer og andre hjelpeinstanser. Mye misforståelser og frustrasjoner kunne vært unngått ved minimal tilrettelegging. Hvorfor skjer det ikke? Hvorfor vet så få – inklusive hørselshemmede, om audiopedagogene og hva de gjør, og hva som er god tilrettelegging for hørselshemmede?

Jeg legger et audiopedagogisk perspektiv til grunn for oppgaven, og har en førforståelse av at det ikke er optimalt tilrettelagt for tunghørte i de situasjonene jeg vurderer å undersøke.

Når jeg har valgt å holde problemstillingen på et systemnivå hvor seniorsentrene er objekt for undersøkelsen mister jeg mange interessante muligheter som kunne vært undersøkt hvis informantene var enkeltpersoner /brukere, og man hadde en viss størrelse på utvalget. Tiden som står til rådighet setter imidlertid noen grenser for omfanget av undersøkelsen, og gjør at det blir fragmenter av et problemområde som blir belyst.

1.2 Problemstilling

Den arena jeg til slutt bestemte meg for å se nærmere på ble seniorsentrene også kalt eldresentre, betegnelsene brukes om hverandre. De fleste av brukerne her er relativt friske, de bor hjemme og de oppsøker sentrene for sosialt samvær. Som tidligere nevnt ligger det i kortene at det er mange tunghørte i brukergruppen, og derfor var det interessant å undersøke hvordan man har tatt hensyn til det i den daglige driften av sentrene.

Min problemstilling er:

Er kommunikasjonsforholdene tilrettelagt for tunghørte ved seniorsentrene i Oslo?

Jeg har noen utdypende spørsmål nyttet til denne problemstillingen. I tilknytning til empiridelen har jeg følgende underspørsmål:

- Kan man se noen sammenheng mellom tilrettelegging for hørselshemmede og andel av bydelens innbyggere i aktuell aldersgruppe, som er brukere av seniorsentret ?
- Er det samarbeid mellom seniorsentrene slik at kunnskap fra de som har tilrettelagt godt for denne gruppen, kan komme andre til gode?
- Har seniorsentrene teknisk utstyret for å tilrettelegge for tunghørte?

- Har personalet ved seniorsentrene kunnskap om hørselstap, høreapparater og kommunikasjonsstrategier?
- Har brukerne medbestemmelse i driften av senteret?

Spørsmål som er knyttet til min tolkning og drøfting:

- Kan seniorsentrene fungere som en faktor for å fremme salutogenese i brukergruppen med nedsatt hørsel?
- Er det underliggende årsaker som forfengelighet eller fornektning av problemet hos brukerne, som kan ligge bak hvis hørselstap ikke snakkes om?

Utfordringen med en problemstilling er å avgrense nok for å finne et spørsmål som man innenfor rammene av en masteroppgave har realistisk mulighet til å undersøke og muligens finne svar på.

1.3 Formål med oppgaven

Formålet med oppgaven er først og fremst å gjøre en faglig undersøkelse av et tema som interesserer meg, og som jeg mener har en allmenngyldig interesse. Jeg håper også at lederne av seniorsentrene kan ha nytte av, og muligens få noen ideer i forhold til tilrettelegging ut fra spørreskjemaet som sendes ut. Jeg har hatt en ”pedagogisk baktanke” om å bruke sjansen til å spre kunnskap om kommunikasjon med hørselshemmede. Samtidig har jeg en ydmykhet og respekt for de som innehar stillingene som ledere og som helt sikkert gjør veldig mye bra. Det må man kunne regne med ut fra det faktum at så mange av brukerne oppgir at de trives på seniorsentret.

I en brukerundersøkelse fra Helse- og velferdsetaten (2006) sier 97 % av de som svarte at eldresenteret er viktig for dem. Det må bety at det på mange måter er et godt tilbud.

Imidlertid er brukerprosenten totalt på 54 % av innbyggerne i Oslo over 67 år. Det gjøres kartleggingsarbeid og undersøkelser for å finne ut hvorfor 46 % ikke benytter tilbudet (Helse- og velferdsetaten, 2007). Formålet med oppgaven kan forhåpentligvis også være å bidra til denne kartleggingen, slik at tilbudet kan bli tilpasset enda flere.

Jeg har også et ønske om å legge en salutogen forståelse til grunn for min undersøkelse, og se på hva som er bra og hva som med enkle midler kan gi bedre livskvalitet.

1.4 Oppgavens disposisjon

I oppgavens kapittel to vil jeg behandle det teoretiske grunnlaget for studien. Jeg har valgt å utdype temaene hørsel, inklusive hørselsproblemer. Kommunikative, praktiske og emosjonelle konsekvenser av nedsatt hørsel er sentrale temaer i denne sammenhengen. Videre har jeg en del om rehabilitering med spesielt fokus på audiologisk rehabilitering, med temaer som mestring (coping), særlig med tanke på stressmestring, hørselstaktikk/hørselstrening og visuell trening. Jeg har også med et kapittel om eldresentrene/ seniorsentrene i Oslo, deres målsetting, brukergrupper og aktiviteter.

I kapittel fem er metode tema. Her vil jeg redegjøre for valg av design, utvalg, valg av instrument og prosessen med datainnsamlingen. Videre kommer bearbeiding av innsamlet data, og en etisk vurdering av studien. En validitets- og reliabilitetsvurdering kommer også i dette kapitlet.

I kapittel seks blir resultatene fra spørreundersøkelsen presentert. De statistiske dataene er kjørt i SPSS, og resultatene vil bli presentert ved frekvenstabeller, krysstabeller og enkelte grafer.

Kapittel syv er en drøfting av teori og empiri, og kapittel åtte er en oppsummering og konklusjon av studien.

2. Teoridel

2.1 Hørsel og hørselshemming

Ifølge tall fra HLF(Hørselshemmedes Landsforbund), regner man med at det er nærmere 700 000 hørselshemmede i Norge. Denne gruppen omfatter alle aldersgrupper, men den desidert største gruppen er eldre mennesker. Man vet fra blant annet hørselsundersøkelsen i Nord-Trøndelag i 1995-97, at hos personer over 80 år er det over 90% som har nedsatt hørsel av ulik grad.(Folkehelseinst. 2004) Av disse oppgir ca. halvparten at de er plaget av hørselstapet.

2.2 Hørselen

Øret består av tre hoveddeler som til sammen utgjør hørselsorganet. Øremuslingen og øregangen fram til trommehinna utgjør det ytre øret. Innenfor trommehinna er mellomøret, med ørebenskjeden som består av hammeren (malleus), ambolten (incus) og stigbøylen (stapes). Ørebenskjeden er festet med hammerskaftet til trommehinnen og med stigbøyleplaten mot det ovale vindu. Innenfor det ovale vindu er det indre øret. Her finnes sneglehuset (cochlea) og balanseorganet (vestibularis), og herfra går hørselsnerven til de områdene i hjernen hvor lyd oppfattes. Det er mange ting som kan forårsake nedsatt hørsel. Hørselsproblemer deles i to hovedkategorier, mekaniske hørselstap, med opphav i det ytre øret eller mellomøret, og sensorinevralt hørselstap, hvor årsaken ligger i det indre øret eller i hørselsnerven.(Laukli, 2007)

2.3 Hørselshemming

Nedsatt hørsel kategoriseres ut fra to hovedgrupper, døv og tunghørt. Man skiller ofte mellom prelinguale og postlinguale hørselstap, alt ettersom tapet oppstår før eller etter barnet har utviklet språk. Man bruker også begrepene døvblitt og tunghørtblitt om de som har hørt,

men mister hørsel etter hvert. Noen former for hørselstap utvikles etter hvert som barnet vokser til, og en del former opptrer først i voksen alder.

Hos barn kan hørselstap ha mange årsaker som syndromer, arvelighet, sykdom (som tumorer eller betennelser) og traumer, og forkomme i ulik grad fra fullstendig døvhets til lettere hørselstap. I dag tilbys screening av nyfødtes hørsel allerede på klinikken, og man har mulighet til å avdekke hørselstap, og sette i verk tiltak tidlig. Døve barn får tilbud om å operere inn Cochleaimplantat i løpet av første leveår, og får derved en mulighet språkutvikling via hørselsorganet.

Hørselstap i voksen alder, såkalte ervervede hørselstap kan skyldes tumorer, medisinbruk (f.eks, noen cellegifter), traumer (inklusive støyskader), sykdom og den største gruppen, som skyldes presbycusis (aldersbetinget hørselstap). Etter som årene går vil flere og flere til en viss grad få nedsatt hørsel. Et slikt aldersrelatert hørselstap kalles presbycusis (presby=aldersbetinget endring, acusis= hørsel) (Laukli, 2007). Som oftest går denne utviklingen så langsomt, at det vil gå lang tid før personen det gjelder oppdager at hørselen er blitt dårligere. I følge Laukli er aldersbetinget hørselstap en reduksjon av hårceller i cochlea, særlig ytre hårceller og særlig i basalområdet av sneglehuset (cochlea). I tillegg blir ørebenskjeden og trommehinnen stivere med årene. Med alderen degenereres alle celler, dermed også hørselsbanens nerveceller. Dette gjør også sitt til at hørselen blir nedsatt med årene. De områdene i hjernebarken hvor opplevelsen av lyd skjer (auditiv cortex) vil trenge lengre tid på å oppfatte ulike egenskaper ved lyd og signalene bruker lengre tid på å bli tolket. Dette medvirker også til at hørselen blir dårligere med årene. (Laukli, 2007) Mennesker er ulikt disponert for hørselstap med alderen. Dette har blant annet sammenheng med genetiske anlegg, ikke genetiske anlegg og samspillet mellom disse.

Ut fra undersøkelser vet man at så mange som 17 % av befolkningen kan ha problemer med tinnitus og hyperacusis (Falkenberg, Tunland, Skollerud, 2003). Tinnitus er en opplevelse av lyd inne i hodet, uten påvirkning av lydkilde utenfra. Den kan opptre i ulike former, og ulike hyppighet og styrke. Det man imidlertid vet er at mange tunghørte får tinnitus i tillegg til redusert hørsel. I gruppen med aldersrelaterte hørselstap er det ca. 25 % som har tinnitusplager. Hyperacusis innebærer en ekstrem følsomhet for sterke lyder, og opptrer ofte sammen med tinnitus. Tunghørte opplever også et fenomen som kalles recruitment. Det

innebærer at lyden forvrenges, og at avstanden mellom høreterskel og ubehagsnivå er redusert.(Laukli, 2007)

2.4 Konsekvenser av hørselstap

Et hørselstap kan først og fremst defineres som et kommunikasjonshandikap, men vil av mange oppleves som en betydelig begrensning i deres praktiske livsførsel. Dette har sammenheng både med omgivelsenes utforming, mestring av hørselstapet og hvilken situasjon man befinner seg i.

En definisjon av funksjonshemming:

Betegnelsen funksjonshemmet benyttes om personer som får sin praktiske livsførsel vesentlig begrenset på grunn av gapet eller misforholdet mellom personenes nedsatte funksjonsevne og miljøets eller samfunnets krav.
(Normann, Sandvin, Thommesen,2008).

Videre defineres funksjonsnedsettelse:

Med funksjonsnedsettelse eller redusert funksjonsevne forstås tap av, skade på eller avvik i kroppsdel eller kroppens psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjoner. (Normann & al, 2008)

Det har altså sammenheng med omgivelsenes krav og utforming i hvilken grad en funksjonsnedsettelse blir en funksjonshemming. Det vil også ha sammenheng med den enkeltes takling og mestring av problemet. Konsekvenser for ulike grupper hørselshemmede vil variere. Barn som er født med nedsatt hørsel, vil få hjelpemidler og tilrettelagt pedagogisk opplæring fra de er små. De vil dermed ha et annet utgangspunkt for å takle sin funksjonsnedsettelse enn de som opplever et tap av hørsel senere i livet. Opplevelsen og taklingen av et hørselstap vil selvsagt variere innen denne gruppen også.

For voksne i arbeidslivet som mister hørselen kan dette være veldig problematisk, med store sosiale, psykiske og praktiske konsekvenser. De er imidlertid til en viss grad ivaretatt av det offentlige hjelpapparatet ved at de har krav på tilrettelegging i arbeidssituasjonen, og kan få ”Behold jobben kurs” betalt av NAV. I hvilken grad funksjonsnedsettelsen blir en funksjonshemming vil også for denne gruppen avhenge av mange faktorer, både når det gjelder tilrettelegging av omgivelsene og personlig håndtering.

På nettsiden Sansetap.no står det om konsekvenser for dagliglivet ved aldersrelatert hørselstap at det innebærer vansker med å oppfatte tale og andre lydsignaler hvis signalene ikke er sterke nok, sensitiviteten for høye frekvenser avtar, bakgrunnsstøy gjør oppfattelse av tale vanskelig, det kan være vanskelig å forstå fremmede dialekter og aksenter og det kan bli problemer med å forstå tale via radio og TV. (www.sansetap.no)

Den vanligste måten å måle hørsel er ved bruk av rentoneaudiometri, luftledet og benledet. Man får fram et audiogram som viser i hvilken grad og ved hvilke frekvenser hørselstapet er. I tillegg anbefales det å gjøre en taleaudiometri for å måle personens evne til å oppfatte tale. Ved en avstand av 1 -2 meter, og innenfor frekvensene 500 -4000 Hz, er normalområdet for oppfattelse av dagligtale. De ulike språklydene oppfattes ved ulike frekvenser. Ved et aldersbestemt hørselstap er det de høyeste frekvensene som forsvinner først, og det blir vanskelig å skille mellom ustemte lyder som d, t, s, f og h.(Laukli, 2007)

Ut fra et audiogram kan man se hvilket hørselstap personen har. Audiogrammet sier absolutt ikke alt om hvordan denne personen oppfatter og tolker lyd. Dette er veldig individuelt, men det som er et gjennomgående problem er å tolke lyd i bakgrunnsstøy. Ved å se at en person ved hørselstesting oppfatter 80 % av lyd, betyr ikke det at den samme personen hører 80 % av det som blir sagt i et rom med mye bakgrunnsstøy. I følge Vernon og Andrews(1990)har de fleste tunghørte veldig vanskelig for å oppfatte tale i et miljø med for eksempel samtale i bakgrunnen, som et selskap, en kafé eller et klasserom. Et høreapparat vil heller ikke løse dette problemet, da det forsterker både samtalen og bakgrunnsstøyen.

2.5 Kommunikative og sosial konsekvenser

Gruppen hørselshemmede er på ingen måte en ensartet gruppe. I denne sammenhengen vil jeg fokusere på ikke- yrkesaktive hørselshemmede. Dette er egentlig en sammensatt gruppe av yngre pensjonister på AFP med hørselstap (Avtalefestet pensjon fra 62 år), til uførepensjonister på grunn av hørselstap (i alle aldre), til en del grupper av ikke etnisk norske som ofte definerer seg som ”gamle” fra 55års alder, og som har en høyere forekomst av nedsatt hørsel enn øvrig befolkning, og sist men ikke minst alderspensjonister over 67år som har nedsatt hørsel. Sosial bakgrunn, utdanningsbakgrunn, grad av hørselstap og personlighet vil innvirke på hvordan den enkelte har det og takler sitt hørselstap. Først og

fremst kan man definere et hørselstap som et kommunikasjonshandikap. I den forbindelse er det interessant å se nærmere på forståelsen av begrepet kommunikasjon. I og med at det handler om hørsel tenker man først på verbal kommunikasjon, men kommunikasjon er jo så mye mer enn det. Kommunikasjon kommer av verbet *communicare* (gr.) som betyr å gjøre felles. Bateson (hos Ulleberg, 2004) snakker om at all kommunikasjon handler om relasjoner. En kommunikasjon finner alltid sted mellom mennesker. Han sier videre at alt er kommunikasjon, både det som sies og gjøres, og det som ikke blir sagt og gjort. Hvordan budskapet tolkes av mottaker er ingen selvfølge. En forståelse av situasjonen avhenger av hvilke ideer mottakeren har om seg selv, hva slags relasjon man har til avsender og i hvilken situasjon eller i hvilken kontekst budskapet sendes. All erfaring er subjektiv og all persepsjon er tolking. (Ulleberg, 2004). Dette har betydning for hvordan budskapet oppfattes, og for det videre samspillet i kommunikasjonen.

Peterson (2009) snakker om å sikre seg at man oppfatter budskapet samtidig som man ikke må overbelaste relasjonen til den man snakker med. For tunghørte vil dette på mange måter være en utfordring. For det første kan det være vanskelig å oppfatte hva som blir sagt. Det kan være pinlig å spørre om igjen mange ganger, og det kan lett oppstå misforståelser. Relasjonen mellom de som kommuniserer vil være av avgjørende betydning for tolkningen av budskapet. Hvis man kjenner hverandre godt og vet noe om hvilket tema som er i fokus, vil det være mye enklere å tolke enn om man befinner seg i en situasjon med ukjente mennesker, og en utrygghet for ikke å strekke til. I kommunikasjonssammenheng snakker man om symmetrisk og asymmetrisk kommunikasjon. Med dette forstår man at partene i kommunikasjonen enten møtes på samme nivå eller at den ene har mer makt i samspillet. Typiske situasjoner hvor dette opptrer er mellom lege og pasient, eller rådgiver og klient, hvor den ene parten har fagkunnskapen og i en del sammenhenger sitter med "fasiten". (Madsen, 2007) Men også mellom en normalthørende og en hørselshemmet vil det til tider være en asymmetrisk kommunikasjon. Den muntlige kommunikasjonen består av mange meningsskapende deler, som pauser, prosodi, gester og mimikk, og som Madsen (2007) sier, ikke minst å holde turene og turtaking. For en som ikke hører så godt vil mye av dette være vanskelig tilgjengelig. Gester og mimikk vil være en fordel for forståelsen, mens tonefall og pauser kan være vanskelig å fange opp nyansene i. Det vil derfor være mulighet for misforståelse og mangel på oppfatning av budskapet. For mange er denne situasjonen vanskelig og ubehagelig.

Man vet en del om hva som skjer i de tilfellene hvor dette ikke fungerer. Gomez og Madley (2001) har gjort en studie om hvordan eldre tunghørte takler sitt hørselstap. De skiller mellom adaptive og maladaptive strategier i kommunikasjon. De adaptive strategiene som nevnes er : bruk av høreapparat, å se på den man snakker med, be andre om å gjenta, plassere seg hensiktsmessig i forhold til den som snakker, be andre snakke høyere, forsterkningshjelpmidler, be andre å snakke langsommere, be andre om å snakke henvendt mot seg og be om at andre får din oppmerksomhet før de snakker. De maladaptive strategiene var: å late som man har forstått, å avbryte samtalen, å unngå samtale med ukjente, å unngå sosiale situasjoner, å dominere samtalen eller å ignorere den som snakker.(Gomez & Madley, 2001) Det viste seg at folk oftest brukte de strategiene de opplevde som effektive, enten de fremmet kommunikasjonen eller ikke. Man så også at sosial støtte i omgivelsene var av avgjørende betydning for hvilke strategier som ble tatt i bruk. Mange unnlater å oppsøke sosiale situasjoner, fordi det oppleves så slitsomt og ubehagelig at man ikke får med seg hva som blir sagt. Dette er en av de største utfordringene når det gjelder å bedre forholdene for hørselshemmede, fordi de har som alle andre krav på et sosialt liv. Når hørselshemmede gir kommunikasjonsstøttende instruksjoner ved å gjøre oppmerksom på hørselstapet og informere om hva som skal til for at man skal få med seg budskapet, viser det seg i Clausens undersøkelse at rundt 60% opplever dette som virkningsfullt. (Clausen, 2003).

I gjennomføringen av en norsk studie om bruk av høreapparat, mestring og funksjonstap ble det benyttet selvrapporteringskjemaer. The Communication Strategies Scale (CSS) kvantifiserer bruken av verbale og ikke verbale strategier, og kartlegging av maladaptiv adferd. The Hearing Disability and Handicap Scale (HDHS) måler negative kliniske konsekvenser av hørselstapet på det personlige og sosiale planet. I konklusjonen ser man at bruken av høreapparat er *statistisk signifikant assosiert med graden av hørselstapet, forekomst av tinnitus og antall år som bruker.* (Helvik, Arnesen, Wenneberg & Jacobsen, 2008). Men de stiller også spørsmålet om økt støtte i forbindelse med akseptering av hørselstapet og bruk av høreapparatet, ville fått flere til å bruke høreapparatene. Mestringen av hørselstapet vil ofte være forbundet med stress og kommunikasjonsproblemer. Mestring (coping) er et sentralt tema i en audiologiske rehabiliteringsprosessen.

2.6 Emosjonelle konsekvenser

En vanlig reaksjon når hørselen blir dårligere er å påstå at andre mumler og snakker utydelig, at TV står lavt på o.s.v. Det er for mange vanskelig å innrømme at man hører dårligere (Vernon & al, 1990). Til tross for at et hørselstap må betegnes som en normal alderssvekkelse er det fortsatt for mange forbundet med negative følelser å innrømme at man hører dårlig. Det er forbundet med stress, sorg og vanskeligheter med å akseptere at hørselen svikter. Aldersrelatert hørselstap utvikler seg som regel over lang tid, og en gradvis tilvenning gjør at det ikke blir noen dramatisk endring. Psykolog Katharine Peterson(2009) har sett på takling av hørselstap ut fra ulike sorgmodeller. Hun sier at en tradisjonell modell for forståelse av sorg hvor man tenker at reaksjonene kommer i faser som sjokk, benektning, erkjennelse og fremtidsrettet aksept, har vært dominerende i forståelsen av sansetap fram til nå. Dette har vært tolket som at det stemmer godt overens med den benektning av problemet man ofte ser hos tunghørte. Med et aldersbetinget hørselstap kan man ikke snakke om en brå endring eller en sjokkfase. Dette er noe som utvikler seg over år, og vil kanskje kunne forklares bedre ved en annen tilnærming til sorgprosessen enn den tradisjonelle. Man kan som en annen forståelsesramme bruke en helsepsykologisk mestringsmodell. Dyregrov (2006) snakker om en komplisert sorg, som man blant annet kan bruke som en forklaringsmodell for de som har vanskeligheter med å forsones seg med hørselstap.

Vansker ved å akseptere tapet kommer til uttrykk ved:

- en uttrykt lengsel etter å kunne høre igjen, og ved at tanker på tapet utløser smertefull tristhet.
- at det er vanskelig å forsones seg med tapet.
- at tillit til andre mennesker er berørt.
- overdrevet bitterhet eller sinne knyttet til tapet.
- motvilje mot å arbeide seg videre i livet.
- en opplevelse av nummenhet eller distanse til andre mennesker.
- vansker med å finne mening i tapet, og ved at livet virker meningsløst.
- en svekket fremtidstro og uttalt pessimisme.
- uttalt uro, angst og nervøsitet.(Dyregrov,2006)

Dette gir andre perspektiver på forståelsen av tapsopplevelsen og på tilnærmingen til en rehabiliteringsprosess. Peterson (2009) skriver i sin artikkel at hemmeligholdelse av hørselstap er utbredt. Dette går jo på et vis så lenge ikke hørselstapet blir for stort, men vil være avslørende ved et større hørselstap. Man vet at mange hørselshemmede plages med

spenningshodepine og nakkesmerter fordi de bruker mye krefter på å prøve å oppfatte hva som blir sagt, og ofte strekker hodet litt fram. Erkjennelse av at man ikke får med seg det som blir sagt innebærer ofte en følelse av skamfullhet over at man ikke har fått med seg det som sies, at man kanskje har misforstått eller svart feil, eller at man har gått glipp av informasjon. (Peterson, 2009).

I en dansk undersøkelse rapporterer gruppen hørselshemmede oftere om angst- og tretthetsanfall, samt om dårlige nerver og dårligere humør enn den øvrige befolkningen. De som har tinnitus i tillegg til hørselstap sliter mest. (Clausen, 2003)

2.7 Praktiske konsekvenser

Tap av hørsel vil også ha en del praktiske konsekvenser. Hørselen er viktig for å bli varslet om farer og ting som skjer i omgivelsene. I hjemmet medfører det problemer i det daglige i forhold til å høre når det ringer på døra, når vekkeklokka ringer, når brannalarmen går o.s.v. I disse tilfellene er det utarbeidet gode hjelpemidler i form av blinkende lamper, vibrerende armbåndsur og andre praktiske innretninger.

Når man er ute av huset, vil det være helt andre utfordringer man møter. Det kan være vanskelig å høre at det kommer en bil eller andre kjøretøy.

Man har opplevd at tunghørte og døve ikke har blitt vekket for eksempel ved hotellbranner.

Tap av trygghetsaspektet vil ofte være en konsekvens av nedsatt hørsel. Man blir avhengig av å få alternativ varsling om mulige farer, enten fra andre personer eller fra tekniske innretninger.

Også tap av informasjon er et praktisk problem for tunghørte. Beskjeder som blir gitt i plenum er ofte ikke så lett å få med seg, og det skal ikke så store forskjeller til i tolkningen før det får konsekvenser. Får man beskjed om å møte klokka ni, og hører klokka 10 er det store muligheter for at man går glipp av avtaler.

3. Rehabilitering

I 1999 la Stortinget for første gang fram en stortingsmelding som omhandlet rehabilitering som et virksomhetsområde. (Normann & al, 2008). I forskriften som trådte i kraft 1.juli 2001 er følgende definisjon av habilitering og rehabilitering :

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukeres egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet. (Normann & al, 2008 s.36).

Hovedsakelig skiller man mellom habilitering når det gjelder barn, og rehabilitering når det gjelder voksne. I fortsettelsen brukes derfor bare rehabiliteringsbegrepet, fordi min problemstilling omhandler voksne. Innholdet i rehabiliteringen skal være individuelt tilpasset den enkelte bruker. Målet er som det står i definisjonen å oppnå best funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet. Dette favner et vidt spekter av mål både når det gjelder mål for den enkelte, og tilrettelegging fra samfunnets side. Skal deltagelse være mulig for alle vil det kreve en stor grad av tilpasning fra samfunnets side. En rehabiliteringsprosess skal lindre, redusere eller kompensere for funksjonstapene som sykdommen forårsaker.

I Manneråkutvalget innstilling (NOU 2001: 22 Fra bruker til borger. Hos Normann & al, 2008, s26), skrives det følgende om funksjonshemmende forhold:

Funksjonshemmende forhold er det gap eller misforhold som finnes mellom forutsetningene til mennesker med redusert funksjonsevne og de krav miljøet og samfunnet stiller til funksjon på områder av vesentlig betydning for å etablere og opprettholde selvstendighet og sosial tilværelse.

I 2009 ble Lov om universell utforming vedtatt i Stortinget. (hlf.no). Det kan innebære store konsekvenser for graden av tilrettelegging for funksjonshemmede.

3.1 Audiologisk rehabilitering

Audiologisk rehabilitering kan deles inn i en medisinsk, en teknisk og en pedagogisk del.

Når hørselen svikter vil det første tiltaket som oftest være å komme til en lege eller

hørselssentral. Her utredes den medisinske delen ved å gjøre målinger av hørselstapet, og eventuelt diagnostisere sykdomstilstander. Når det gjelder presbycusis er ikke medisinsk behandling aktuelt. Dette er en tilstand som kommer av slitasje og aldring, og er noe man må leve med. For noen hørselstap er det mulig med medisinsk behandling, som ved skader i det ytre øret eller mellomøret, for eksempel ørebenskjeden, er det mulig med kirurgi. Jeg skal ikke gå inn i medisinske detaljer, da dette er et område som ivaretas av leger og hørselsklinikker, og krever en annen fagtilnærming. Audiopedagogene har imidlertid i sin utdanning både en teknisk, en medisinsk og en pedagogisk del, og har faglig forutsetning for å se sammenhenger mellom disse områdene og anbefale videre undersøkelser av den enkelte.

Etter en medisinsk utredning er ofte en tilpasning av tekniske hjelpemidler neste punkt i rehabiliteringsprosessen. En tilpasning av høreapparat gjøres av en audiograf, og er ofte en ganske tidsbegrenset operasjon. Høreapparatene stilles inn etter audiogrammet, og klienten får med seg apparatene hjem med beskjed om å bruke dem mest mulig. Etter en tid er det et nytt besøk hos audiografen med tilpasning av lyd i apparatene etter hvordan de oppleves i bruk. Alle har anledning til å prøve ut høreapparater til de finner et som passer, før de underskriver på lånet av apparatene. Apparatene tilhører staten, og er på utlån til den enkelte. Som en hovedregel må det gå seks år fra apparater er utdelt til man kan få nye.

For eldre, som er den gruppen hvor det er flest med nedsatt hørsel, er det ikke så mange tilbud. I Norge har man krav på hjelpemidler. Alle som trenger det får tilpasset høreapparat uten å måtte betale mer enn en egenandel hos legen. Også andre hørselstekniske hjelpemidler kan man få fra Hjelpemiddelsentralen i fylket. En opplæring i bruken av de utdelte hjelpemidlene er ikke standardisert. Det avhenger av hvor man bor, og hvem man treffer i forbindelse med tildelingen. I Norge i dag er det ingen helhetlig rehabilitering av hørselshemmede. Det gis ikke noe behandlingstilbud ut fra et brukerperspektiv og individuelle behov. (Falkenberg, 2007) Hvert år deles det ut høreapparater for store summer. I 2006 ble det formidlet 58395 høreapparater til en verdi av 275 millioner kroner (Hør og bli hørt, 2007). Man vet at en stor del av disse apparatene havner i skuffer og skap fordi det mangler opplæring i å bruke dem. I følge Falkenberg er en helhetlig rehabilitering av hørselshemmede en prosess hvor man vurderer både kommunikasjonsferdigheter, psykososiale aspekter ved hørselstapet, opplæring av signifikante andre (nærpersoner) og en opplæring i bruk av hjelpemidler. Altså både en medisinsk, teknisk og pedagogisk rehabilitering (Falkenberg, 2007). I arbeidsdyktig alder vil en slik mangel på rehabilitering ha

større økonomiske konsekvenser, både for den enkelte og for samfunnet, enn for de som er i pensjonsalderen. Men også her kan man snakke om betydelige summer som kastes bort på høreapparater som ikke blir brukt, av mangel på opplæringstilbud. De fleste av de som mottar høreapparater er i denne gruppen, og det er dårlig samfunnsøkonomisk forvaltning å ikke gjøre noe med at de ikke blir brukt av mangel på kunnskap og holdningsarbeid.

WHO vil erstatte funksjonshemming med aktivitetsbegrensing, og handikap med deltagerbegrensning. Videre defineres funksjonshemming, i sammenheng med hørselstap, med at det innebærer hørselsproblemer i dagliglivet, og at aktuelle tiltak vil være hørselshjelpemidler, høretrening, kommunikasjonstrening og språklig habilitering. Handicap, fortsatt relatert til hørselstap, defineres som konsekvenser i sosiale situasjoner og med aktuelle tiltak som signalhjelpemidler, kommunikasjonshjelpemidler og pedagogisk, psykologisk og sosial rehabilitering. (Laukli, 2007). Han sier også at *begrepet handikap betyr tap eller begrensning av muligheter til å delta i samfunnslivet på samme vilkår som andre*.

Audilogisk rehabilitering bør ideelt sett bestå av komponentene: coping, hørselstaktikk/høretrening og visuell trening. Jeg vil gå nærmere inn på hver av disse komponentene for å få et grunnlag til å vurdere hva som ideelt sett bør tilrettelegges for tunghørte, og senere se på hva som blir tilrettelagt i Oslos eldresentre.

3.2 Stress og coping

Begrepet coping kan oversettes på flere måter. Direkte oversatt fra engelsk betyr det ”prøve å klare” (Berulfsen, 1963), men en vanlig forståelse av begrepet er mestring. Laukli(2007) beskriver det i relasjon til hørselshemmede som de kognitive og adferdsmessige handlingsmønstre som utføres bevisst eller ubevisst for å håndtere auditivt krevende situasjoner.

Hvordan den enkelte takler et hørselstap vil ha sammenheng med mange ulike faktorer, både hos den enkelte og i omgivelsene. Hvor vanskelig det oppleves for den det gjelder har også sammenheng med vedkommendes psykologiske, sosiale og kognitive tilnærming.

Opplevelsen av stress vil være en avgjørende faktor for videre håndtering. Man må skille mellom akutte stressreaksjoner som ligger i genene som en forsvarsmekanisme ved farlige

situasjoner, den såkalte kjemp eller flykt responsen, og de langvarige reaksjonene på en vanskelig situasjon. I begge tilfellene vil det være store individuelle forskjeller på hvordan man reagerer.

En definisjon av stress gitt av Lazarus (1971):

Stress refers to a broad class of problems differentiated from other problem areas because it deals with any demands which tax the system, whatever it is, a physiological system, a social system or a psychological system and the response of that system. (Lazarus, 1971, hos Powell & Enright, 1990)

Definisjonen sier noe om tre viktige komponenter i forståelse av stress. For det første tanken om at det er belastende fysisk, psykisk eller sosialt, for det andre at det oppleves som en form for trussel og sist reaksjonen i det belastede systemet. (Powell & Enright, 1990). Den enkeltes utgangspunkt vil ha stor betydning for hvordan stress takles. Hvilken mennesketype man er, hva man har av andre belastninger i livet og hvordan man opplever å mestre det som inntreffer. Hvilket angstnivå man har i utgangspunktet vil også være av stor betydning for mesting av stress.

Antonovsky (2000) snakker om generelle motstandsressurser. Han snakker om fysiske, psykiske, sosiale og sosioøkonomiske, mer konkret: penger, jegstyrke, kulturell stabilitet og sosial støtte som faktorer for å mestre motgang. Han har også opplevelse av sammenheng (OAS) som en grunnleggende forståelse for salutogenese. Salutogenese er en tilnærming til helse ved å søke etter de faktorene som gjør at man holder seg frisk, i motsetning til patogenese som handler om å søke etter hva som er årsak til sykdom. Antonovsky har tre komponenter i opplevelse av sammenheng (OAS) som han mener bidrar til å fremme helsen. Det er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet kan sammenfattes som en grunnleggende evne til å bedømme virkeligheten, håndterbarhet handler om i hvilken grad man opplever å ha ressurser til rådighet og med meningsfullhet forstås i hvilken grad livet er forståelig rent følelsesmessig (Mækelæ, 2007). De salutogene faktorene kan være både individuelle og faktorer i omgivelsene. De individuelle faktorene er ikke noe man nødvendigvis har, men noe man kan trene opp:

- *God sosial kompetanse*
- *Positiv selyfølelse*
- *Selvstendighet*

- *Fremgangsrisk "coping"*
- *Intelligens og kreativitet*
- *Utvikling av særinteresser og hobbyer*
- *Indre kontroll*
- *Impulskontroll*
- *Høy aktivitet og energi*
- *Opplevelse av optimisme og fremtidstro.*

(Mækelæ,2007)

De salutogene faktorer i omgivelsene er følgende:

- *Å ha noen andre å hjelpe*
- *Å ha en betydningsfull annen person*
- *Tillitsfulle og intime relasjoner*
- *Klart definerte grenser og subjektssystem*
- *Klare regler på viktige arenaer*
- *Kulturelle sammenfallende verdier og vurderinger.*

(Mækelæ,2007)

Både når det gjelder individuelle og miljømessige faktorer for å fremme salutogenese er det mulig å tilrettelegge. Ved å være bevisst hva som virker inn vil man kunne hjelpe til slik at motgang og stress blir lettere å hankses med. Sett i relasjon til hørselstap ser man nytten og nødvendigheten av profesjonell audiopedagogisk rådgiving både til enkeltpersoner, til signifikante nærpersioner og til miljøet personen ferdes i.

Hvilke følelser sitasjoner utløser har sammenheng med hvor mye stress som utløses i en gitt situasjon, og hvordan personen hankses med det eller mestrer det. Lazarus har identifisert 15 følelser som har sammenheng med hvordan et menneske møter situasjoner. Han nevner:

sinne, misunnelse, sjalusi, engstelse, frykt, skyld, skam, lettelse, håp, tristhet, lykke, stolthet, kjærlighet, takknemlighet og medfølelse. (Lazarus, 1999).

Graden av stress vil altså ha sammenheng med hvilke følelser situasjonen utløser hos den enkelte. Dette har igjen sammenheng med mange andre faktorer som for eksempel de som nevnes som individuelle salutogene faktorer. For andre vil stikk motsatte følelser som medfører en tilstand av å ikke mestre situasjonen og muligens medfører stressrelaterte lidelser hos personen være fremtredende.

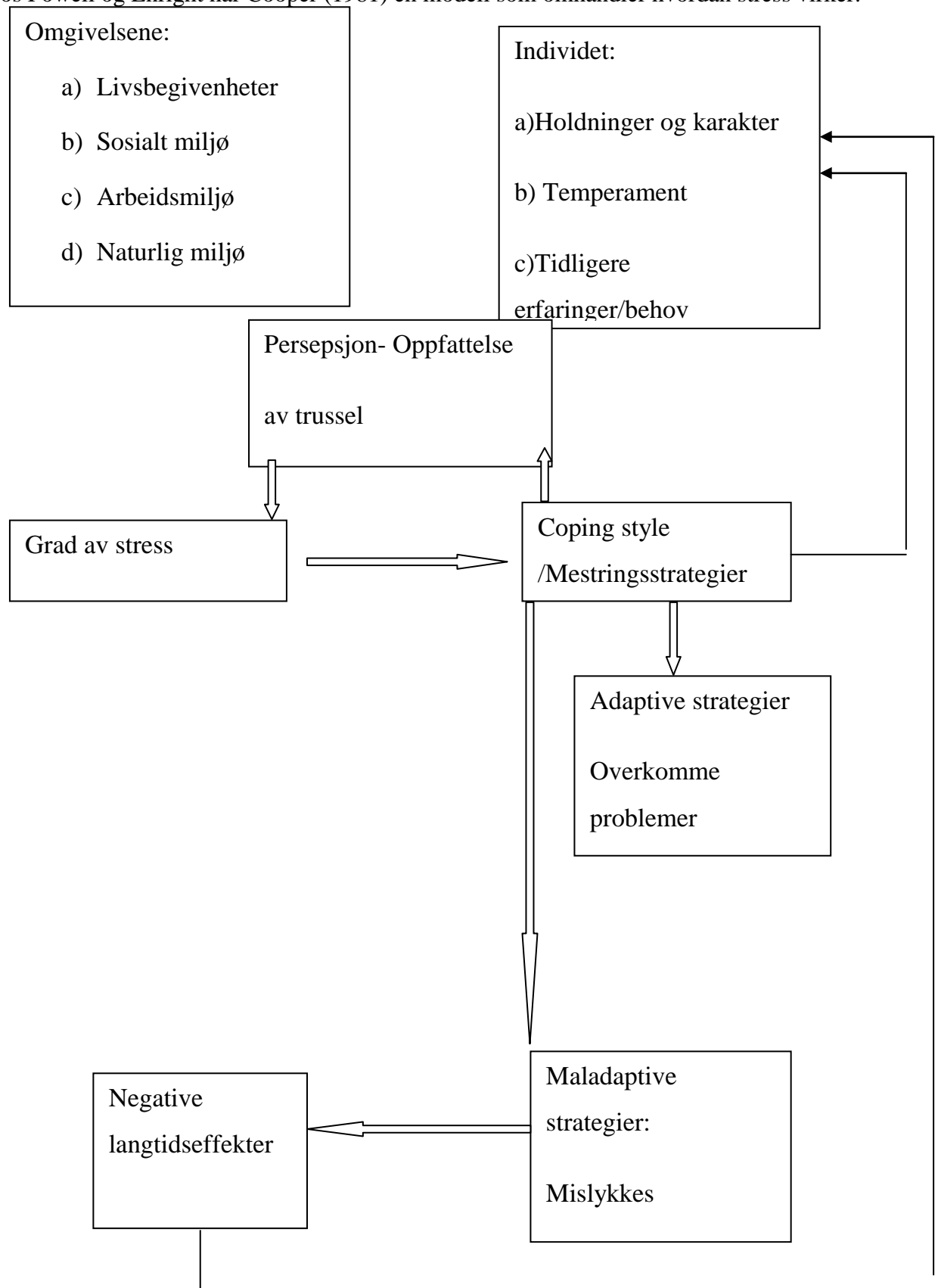
I modellen hos Powell og Enright (1990) henvises det til faktorer i miljøet som har innvirkning på opplevelsen av stress, sett i sammenheng med holdninger og egenskaper hos individet. Miljøfaktorer kan være alle typer kriser som oppstår i et menneskes liv på godt og vondt, alt fra dødsfall, til å miste jobben, inngå ekteskap, skilsmisse og en rekke andre ting, ikke minst å bli syk, å miste en sans eller oppleve å bli handikappet.

Et annet aspekt som nevnes er sosialt miljø, og hvorvidt man er del av et støttende felleskap enten i form av familie, venner, arbeidskolleger eller andre sosiale settinger hvor det er naturlig å vise følelser og kanskje også be om hjelp. I denne kategorien må det være naturlig å tenke at eldresentrene har en viktig plass. Her treffer man venner, og kan ha et trygt og støttende tilhørighet. Naturlige miljøfaktorer henspiller på hvordan man bor, om det er tilgang på frisk luft, nok mat og andre ting som innvirker på livskvalitet.

Hvis man skal se på hva hos individet som påvirker stressmestring nevnes personlighetstype, enten om man er rolig eller stresset av natur, fientlighet/vennlighet, konkurranseinstinkt eller avslappet til hva andre får til.

Figur 3.1

Hos Powell og Enright har Cooper (1981) en modell som omhandler hvordan stress virker.



Det må være en balanse mellom hvilke krav og belastninger individet blir utsatt for og hvilke ressurser vedkommende har til rådighet i form av miljøfaktorer, kunnskaper, personlighet og mestringsstrategier, for at ikke stressbelastningen skal bli for stor.

Powell og Enright (1990) har laget en oversikt over fysiske, mentale og adferdsmessige reaksjoner på stress. Dette er reaksjoner i de belastede systemene, og det er reaksjoner som kan gjelde både akutt stress og langvarige stressituasjoner.

Fysiske reaksjoner: hjertebank, forhøyet blodtrykk, svimmelhet, muskelsmerter og hodepine, migrene, mageproblemer, hyppig vannlating, sykdom som astma, hudsykdommer, kreft

Mentale reaksjoner: konsentrasjonsproblemer, vansker med å bestemme seg, glemsomhet, depressive tanker, irrasjonelle ideer, katastrofetenking (forverring).

Adferd: Unngår situasjoner som fremmer stresset, sosial tilbaketrekning, tiltagende bruk av alkohol/sigaretter/stoff/medisiner, søvnproblemer, økt aggresjonsnivå, mer utsatt for ulykker, manisk aktivitetsnivå, økende grad av intensitet, mister seksuallysten, endring i inntak av mat. Ulike mestringsstrategier hos ulike mennesker vil være avgjørende for hvilke reaksjoner man får, og hvor belastende det blir.

Det er i denne sammenhengen naturlig å tenke på hva som kan hjelpe slik at opplevelsen av stress blir mest mulig håndterbar. Det finnes flere måter å møte problemene på. Mange vil ha nytte av rådgivingssamtaler med en fagperson som kjenner til deres problemområde, hvis man primært tenker hørselsproblemer vil kunnskap om hørselstapet, kjennskap til kommunikasjonsstrategier og hjelpemidler være en god begynnelse for å minke stressnivået. Selvhjelpsteknikker i form av avslapning og trening vil også være en hjelp for mange. En del fysioterapeuter driver psykomotorisk trening, som tar sikte på å løse opp spenninger i musklene forårsaket av stress.

3.3 Hørselstaktikk/høretraining

Målet med høretraining er å bli effektiv i sin kommunikasjon med andre. Ved å bli bevisst at det er mulig å bruke ulike lyttestrategier i ulike situasjoner vil den hørselshemmede kunne nyttegjøre seg disse kunnskapene, og hjelpe til å tilrettelegge situasjonen for seg selv slik at de akustiske forholdene blir optimale. Dette omfatter for eksempel å lære opp familie og

nærpersoner hva som skal til for å få en best mulig høresituasjon. Dette gjelder for eksempel lyssetting, plassering i forhold til lydkilden, unødig forstyrrende bakgrunnslyder eller at flere snakker i munnen på hverandre.

Det er viktig å bli klar over i hvilke situasjoner som er viktigst for den enkelte å høre best mulig. Her vil det være store individuelle forskjeller alt etter hvilken livssituasjon vedkommende er i. Kanskje er det viktigste å kunne kommunisere godt med barnebarna, eller for andre er behovet å kunne delta i kulturliv eller organisasjonsarbeid. For å oppnå de beste ferdighetene i den ønskede situasjonen er det ofte nødvendig å trene på det man ønsker å bli bedre i.

For å tilrettelegge et treningsopplegg er det mange aspekter som må tas med i betraktningen for å få til et best mulig resultat. For det første i hvilke omgivelser treningen finner sted, og om dette er relevant for den enkeltes behov. For det andre er helsetilstand, oppmerksomhet og tidspunkt viktige aspekter for at treningen skal lykkes. Det er lite hensiktsmessig å sette i gang med hørselstrening hvis man er sliten eller føler seg i dårlig form. Det er også et viktig moment i opplegget hvordan personen ser. Mange eldre har en kombinasjon av dårlig syn og nedsatt hørsel. Videre vil det være et aspekt å se på hvor mange personer som skal delta i treningen, om det skal være en individuell trening eller en gruppe. Begge kan ha sine fordeler og må vurderes ut fra målet. Sist, men ikke minst er akustikk og lyssetting der hvor treningen finner sted viktige faktorer. (Hull, 2001)

Hull (2001) skriver om nytten av å ha gruppesamtaler i audiopedagogisk rehabilitering, for at deltagerne kan utveksle erfaringer og diskutere strategier for situasjoner hvor det er vanskelig å høre. Han sier at det øker selvtilliten og selvbevisstheten å være i en gruppe hvor flere har samme type utfordring, og hvor man i fellesskap kan sette fokus på at det er lov å stille krav til andre i kommunikasjonssammenheng og at man er like ”verdifulle” fordi om hørselen svikter.

For å evaluere om opplegget for høreterningen er vellykket er det flere aspekter som må tas med i betraktningen. Først og fremst om den det gjelder er fornøyd, og føler at han har oppnådd å få til en bedre kommunikasjon i de situasjonene som er viktigst for ham. Hvilken nytte han har av høreapparat og andre hjelpemidler i ulike sammenhenger er en evalueringsfaktor, og hvilken nytte han har av visuell støtte. Hvis målet ikke er nådd er det viktig å kunne få videre pedagogisk bistand, og prøve ut flere strategier.

I boken Aural Rehabilitation har Hull (2001) en oversikt over de viktigste reglene man bør bruke for å kommunisere med eldre hørselshemmede. Han sier at det alltid vil være noen grunnleggende forhold som påvirker situasjonen slik som: den hørselshemmedes motivasjon, omgivelsene der samtalen finner sted, den enkeltes helsetilstand, nærpersioners involvering og tilleggsproblemer i form av synshemninger.

De tretten reglene han har fremhevet er følgende:

- *Snakk med noe mer intensitet enn normalt.*
- *Snakk på normal måte, men ikke for fort.*
- *Ikke snakk til den eldre ved større avstand enn 2 meter og ikke mindre enn 1 meter.*
- *Pass på at lyset faller på den som snakker for at den hørselshemmede lettere skal kunne munnavlese, se ansiktsuttrykk og mimikk.*
- *Ikke snakk til den hørselshemmede med mindre han ser deg (ikke fra et annet rom eller lignende).*
- *Ikke tving en eldre hørselshemmet til å lytte til deg i et miljø med mye bakgrunnsstøy. Denne typen omgivelser kan være vanskelig nok for yngre normalthørende personer, det kan, for en eldre person med nedsatt hørsel innebære et nederlag.*
- *Snakk aldri, under noen omstendigheter, rett inn i øret til den tunghørte. Ikke bare mister han muligheten til å bruke synet som støtte, men det kan gjøre det enda vanskeligere å oppfatte tale. Tydeligheten minker ved at styrken øker.*
- *Hvis den eldre ikke forstår hva som blir sagt, er det lurt å omformulere budskapet med andre ord. Ved å gjenta det som blir misforstått kan frustrasjonen øke ytterligere.*
- *Ikke overdriv artikulasjonen. Dette ikke bare forandrer språklydene, men gjør det vanskelig å munnavlese og bruke visuell støtte.*
- *Møbler rommet hvor samtalen finner sted slik at ingen av de deltagende sitter mer enn 2 meter fra hverandre, og at alle ser hverandre.*
- *Inkluder den eldre i all kommunikasjon som gjelder vedkommende. Hørselshemmede føler seg ofte sårbare. Denne tilnærmingen vil gjøre dette lettere.*
- *I møtevirksomhet eller gruppeaktivitet hvor det gis informasjon (kirken, møter, o.s.v) gjør det til en vane at den som snakker bruker mikrofon. En av de vanligste tingene som eldre klager på er at den som snakker helst ikke vil bruke mikrofon, på tilstelninger som de ellers ville hatt glede av. Mange vil helst ikke avsløre seg ved å spørre om hva som ble sagt til den som akkurat har uttalt: "Jeg er sikker på at alle*

hører meg uten mikrofon” . Mange begynner å unngå offentlige eller organiserte møter hvis de ikke hører hva taleren sier. Dette punktet kan ikke poengteres nok.

- *Sist ,men ikke minst, behandle den eldre som en voksen. De, om noen, fortjener respekt. (Hull,2001, s.438))*

Som man ser av denne listen er det mye som kan gjøres for å lette kommunikasjonen, bare ved å være bevisst på hvordan man henvender seg, hvor man plasserer seg og at man er til stede i et samspill.

3.4 Visuell trening

Når hørselen svikter er det naturlig at synet blir desto viktigere, men en aktiv bruk av synssansen for å oppfatte hva folk sier er ikke noen selvfølge. Her er det selvsagt store individuelle forskjeller hvor visuell den enkelte er i utgangspunktet, men mye kan gjøres ved en bevisstgjøring og trening av denne ferdigheten. Ofte snakker man om munnavlesning, men det å bruke den visuelle sansen til å tolke kommunikasjon er så mye mer enn det. Skollerud (1991) snakker om å bruke synlige holdepunkter for å forstå hva som blir sagt. Det vil si å observere både mimikk og kroppsspråk i tillegg til munnbevegelser. I mange situasjoner har høreapparat en begrenset nytte. Ved mye bakgrunnsstøy er det nesten umulig å skille ut en samtale kun ved bruk av hørselen. I slike sammenhenger er det god hjelp å bruke synet i tillegg for å kunne oppfatte hva som blir sagt.

For hørselshemmede må det i en del sammenhenger nødvendigvis bli en del gjetting. En vanlig samtale er ofte rask og springende, og det er ikke alltid lett å følge med hvis man bare hører bruddstykker. For den som hører dårlig er det god strategi å gjøre oppmerksom på dette til samtalepartnere, men det er ikke alltid enkelt å gjøre det. Mange føler seg usikre og får et dårligere selvilde når hørselen svikter. Det er heller ikke uvanlig at hørselshemmede får beskjed om at de ”hører det de vil høre”. Noe som kan ha sammenheng mellom den forskjellen det er å høre i godt tilpassede omgivelser og med få samtalepartnere, og i omgivelser med mye bakgrunnsstøy og mange mennesker som deltar. Når man hører i enkelte sammenhenger, er det lett for de som ikke vet noe om hørselstap å tro at det er manglende vilje det kommer an på. Dette er selvfølgelig sårende for mange, og gjør at tanken på å skulle delta i sosiale sammenhenger, kan oppleves som vanskelig.

For å bli en god munnavleser/taleavleser er det en del ferdigheter som må trenes. Skollerud (1991) snakker om aktiv lytting, i form av oppmerksomhet, konsentrasjon, fart, forventning, smidige tanker og åpne sanser. Oppsummert har hun noen viktige punkter for å fremme kommunikasjonen:

- *Se oppmerksomt og konsentrert på den som snakker.*
- *Få tak i meningen*
- *Legg merke til mimikk og kroppsspråk*
- *Bruk alle sanser for å forstå hva som blir sagt.*
- *Lytt aktivt.*
- *Få tak i helheten.*
- *Vær konsentrert og avspen.*
- *Delta aktivt i samtalen, og svar raskt på det som blir sagt.*

(Skollerud, 1991 s.42)

Det krever en viss grad av intuisjon og gjetting for å tørre å kaste seg ut i en samtale med støtte i taleavlesning, hvis man bare hører deler av det som sies. For en person i denne situasjonen er det en veldig lettelse om det gis stikkord ved skifte av tema. Det er alltid lettere å oppfatte hva som sies når man kjenner tema for samtalen. Fordi hørselstap er et usynlig handikap er det ikke lett for omgivelsene å forstå hva det innebærer. Det er lettere å forstå hvor vanskelig det kan være å sitte i rullestol, og lettere å bli møtt med en innstilling om å tilrettelegge for vedkommende.

3.5 Rehabiliteringsplaner og veiledere fra det offentlige

Det foreligger en rekke planer og utredninger om forhold som gjelder hørselshemming. Det interessante er om disse planene og rapportene er tatt til etterretning, og om det har skjedd en utvikling på rehabiliteringsområdet som en følge av dette. Det som også er interessant i denne sammenhengen er hvem som har ansvar for å tilrettelegge for hørselshemmede, hvem som i denne sammenhengen har et ”offentlig” ansvar, er det for eksempel eldresentre?.

I Norge er det tre forvaltningsnivåer. Staten, fylkeskommunen og kommunenivå.

Kommunen har basisansvaret for habilitering og rehabilitering (1. linje nivå), jf. Lov om helsetjenester i kommunen § 1-3 nr 3. Kommunen skal sørge for formidling av nødvendige

hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte. Kommunen skal også vurdere hjelpemidler som ett av flere alternative tiltak på grunnlag av brukerens samlede behov. Om nødvendig skal kommunen be om bistand fra hjelpemiddelsentralen eller fra andre relevante instanser.

Noen av de dokumentene som foreligger knyttet til audiologisk rehabilitering er følgende:

2000: Veileder i habilitering og rehabilitering av mennesker med syn og hørselstap.

Statens helsetilsyn. Veilederen er et prosjekt under Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede. En veileder er ikke direkte rettslig bindende for mottakerne (kommunene). Hvis en beslutning er bindende, foreligger den som et enkeltvedtak eller en forskrift til den aktuelle helsetjenesten. For å sikre kvaliteten i tilbudene anbefales det å bruke en sjekkliste på to nivåer: På overordnet kommunalt nivå og på brukernivå. Hovedmålet for veilederen er å sikre kvaliteten i rehabiliteringen til mennesker med tap av syn- og/eller hørsel. Det anbefales å ha en sansekoordinator som kan ivareta intensjonene ved et tverrfaglig og tverretattlig samarbeid som kommer den enkelte bruker til gode. Veilederen sier noe om bakgrunn for rehabiliteringsbehov, metode og tiltak i kommunene og planlegging ut fra lover og rettigheter for brukerne. Brukermedvirkning er et sentralt prinsipp, og brukerorganisasjonene har fått bred omtale i veilederen.

2002: Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede. Plan for utvikling og organisering av tjenestetilbudet. Sosialdepartement og Helsedepartementet. Det heter i forordet til denne planen at hensikten er å legge opp en strategi for tiltak som kan bedre mulighetene for deltagelse og full likestilling for hørselshemmede og dermed gi dem og deres pårørende en enklere hverdag. Planen er et styringsverktøy i arbeidet med å skape et helhetlig og koordinert rehabiliteringstilbud til hørselshemmede. Det gjøres en grundig vurdering av praksis, og det avdekkes store forskjeller i ulike deler av landet. Tilbudet beskrives som fragmentert, uoversiktlig og at det mangler helhetsperspektiv. Hovedtendensen er at det finnes medisinske og tekniske tilbud, men at et audiopedagogisk tilbud i stor grad er fraværende.

2007: Å høre og bli hørt - Anbefalinger for en bedre høreapparatformidling. Rapport fra Sosial- og helsedirektoratet. Bakgrunnen for denne rapporten var at

høreapparatformidlingen preges av mange aktører med mangelfullt samarbeid og lange ventelister. Mandatet gikk ut på å gi konkrete anbefalinger og løsninger/tiltak. Disse har som formål å legge til rette for en god formidling og oppfølging av høreapparater og andre hørselstekniske hjelpemidler i et helhetlig rehabiliteringsperspektiv. Man er kjent med at høreapparater for millioner av kroner blir liggende ubrukt av mangel på opplæring hos brukerne, og av mangel på et pedagogisk tilbud knyttet til kunnskap om eget hørselstap og bruk av høreapparater og annet utstyr.

Forskrift om individuell plan

Personer med behov for langsiktige og koordinerte helse- og/eller sosiale tjenester har rett til å få formulert en individuell plan (forskrift nr. 1837 av 23.12 2004). Dette omfatter også hørselshemmede og skal være et dokument som gir en helhetlig oversikt over tjenestetilbudet til tjenestemottakeren. Det skal også angis tidsperspektiv og hvem som er ansvarlige, samt de virkemidler som benyttes (Sosial- og Helsedirektoratet, 2007).

Forskrift om habilitering og rehabilitering

Forskrift om habilitering og rehabilitering (nr. 765 av 28.06.01) gjelder for habiliterings- og rehabiliteringstjenester som blir tilbudt etter kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Alle som bor i eller oppholder seg i kommunen skal kunne få habiliterings- og rehabiliteringstjenester dersom det er behov for dette. Ansvar for rehabilitering av hørselsvansker ligger derfor hos den enkelte kommune (Sosial- og Helsedirektoratet, 2007).

Diskriminering og tilgjengelighetsloven.

Denne loven ble satt i verk fra 1.1. 2009, og er relevant i forhold til hørselshemmedes problemer med tilgjengelighet i det offentlige rom. På HLF sin hjemmeside sto følgende da loven var vedtatt:

Loven skal sikre alle like muligheter og rett til samfunnsdeltakelse uavhengig av funksjonsevne og fremme likestilling og likeverd. Den har dermed en mye bredere betydning enn bare å skape et tilgjengelig samfunn. Den skal både hindre diskriminering og avskaffe barrierer.

Plikt til generell tilrettelegging

Det følger av aktivitetsplikten i § 9 at både offentlige og private virksomheter fra 1.1

2009 skal arbeide aktivt og målrettet for å fremme universell utforming slik at virksomhetens alminnelige funksjons kan benyttes av flest mulig. Det er hovedløsningen som skal gjøres generelt tilrettelagt. Teleslynge regnes med som en tilrettelegging av de fysiske forhold. Det samme gjør visuell informasjon på et stasjonsområde.

Med lovhjemmel i § 9 kan hørselshemmede be om at det blir installert teleslynger i offentlige rom dersom de føler seg utestengt og diskriminert fra å være med på arrangementer rettet mot allmennheten.

[\(http://www.hlf.no/Aktuelt/Aktuelle-interessepolitiske-saker/Saker/--Horselshemmede-diskrimineres/Hva-betyr-den-nye-Diskriminerings--og-tilgjengelighetsloven-for-horselshemmede/\)](http://www.hlf.no/Aktuelt/Aktuelle-interessepolitiske-saker/Saker/--Horselshemmede-diskrimineres/Hva-betyr-den-nye-Diskriminerings--og-tilgjengelighetsloven-for-horselshemmede/)

Hva menes med det offentlig rom i denne sammenhengen? Det vil være interessant å vurdere i forhold til eldresentrene. Etter prøving av loven i rettssammenheng vil det etter hvert bli mer tydelig hvilke krav som kan stilles til tilrettelegging.

3.6 Brukerorganisasjonen HLF

En liten avklaring av begrepene hørselshjelper og likemenn er nødvendig. Tidligere het det hørselshjelper, og dette innebar et frivillig gratis tilbud fra hørselshemmede for å hjelpe andre med tilsvarende utfordringer. I 2006 ble det vedtatt å innføre en likemannsordning. Det finnes likemenn innen ulike grupper av hørselshemninger som høreapparatbrukere, meniere, tinnitus, CI-brukere, tunghørt- og døvblitte og yrkesaktive. Likemenn har gjennomgått opplæringskurs og er godkjente. De mottar honorar for sitt arbeid og skal i hovedsak være med å motivere til bruk av hjelpemidler, gi informasjon og komme med råd og veiledning. De skal ikke drive behandling, og skiller på hva som er deres oppgave og hva det offentlige har ansvar for. (Helbostad, 2008)

Begrepene brukes ennå mye om hverandre, og det fremgår fra mine informanter at det ikke er bevissthet mellom de ulike betegnelse. Det forekommer også en del frivillige som fortsatt praktiserer som hørselshjelper, og som i hovedsak hjelper til med stell av høreapparater og salg av batterier.

4. Eldresentrene i Oslo

Det første møtestedet for pensjonister i Oslo var ”helse- og velfredssentralen” for eldre som ble åpnet på Majorstuen i 1952. Det var Nasjonalforeningen for folkehelsen som startet opp dette tiltaket. Tilbudet var ment å være et velferdstilbud for hjemmeboende eldre. (Daatland, Guntvedet & Slagsvold,2000).

I dag består Oslo kommune av 15 bydeler, og fordelt på disse er det 40 eldresentre. Trettini av disse er ordinære eldresentre, mens et er for døve og døvblinde.

Eldresentrene drives av ulike aktører, men med tilknytning til bydelene og byrådsavdelingen for Eldre og sosiale tjenester. Tretten av sentrene er helt kommunale, i tillegg er alle de følgende delaktige i et eller flere sentre:

- Oslo fylkeslag av Norsk pensjonistforbund
- Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Menigheter
- Røde kors
- Lions
- Norske kvinners sanitetsforening
- Frelsesarmeen
- Stiftelsen Kirkens Bymisjon
- Norsk Folkehjelp
- Foreninger
- Helselag
- Kontakt- og hjelptjeneste
- Andelslag
- Diakonforening
- Kvinne- og familielag

4.1 Mål for eldresentrene

Eldresentrene defineres *som et aktivitets og servicetilbud som retter mot alle hjemmeboende eldre innenfor et avgrenset geografisk område. Det overordnede målet er å opprettholde aktivitet og førlighet både fysisk og psykisk, samt forebygge psykososiale problemer som ensomhet og isolasjon.*(Daatland & al,2000 s.17). Nettopp det å skulle forebygge

psykososiale problemer som isolasjon og ensomhet er et ekstra viktig område når det gjelder mange eldre, men også et spesielt sårbart område når det gjelder hørselshemmede. For mange innen denne gruppen er det den store utfordringen, nettopp å skulle delta sosialt og føle seg inkludert i fellesskapet.

Man har gjennom blant annet undersøkelser foretatt av Universitetsseksjonen ved geriatrik avdeling på Ullevål sykehus og NGI(Nasjonalforeningens gerontologiske institutt) sett på eldresentrenes helseforebyggende muligheter og muligheter for forebyggig av sosiale problemer. Og man konkluderte blant annet med at eldresentrene var en billig og effektiv måte å nå store grupper med forebyggende tiltak. (Daatland & al,2000).

Kompetanseoppbygging hos personale og frivillige nevnes som et spesielt satsningsområde. Med tanke på alderssammensetningen av brukergruppen hvor man ser at de over 80 bruker sentrene mest, er det interessant å se på hvilken kompetanse personalet har i forhold til sansetap, nærmere bestemt hørsel i denne sammenhengen.

4.2 Brukere/ikke brukere av eldresentrene

Eldresentrene er et tilbud til den trygdede del av befolkningen. Det er ikke strengt med aldersgrenser hvis man har ønske om og behov for tilbudet.

Folkehelseinstituttet har gjennom sin rapport i 2008, ”Hvem er brukere av eldresentrene?” gjort en omfattende spørreundersøkelse i to bydeler i Oslo. Her var materialet 2387 personer og responsraten på 62 %. I begge bydelene fant man at de over 80 år bruker sentrene mest (Bøen, 2008). Undersøkelsen viser klare sammenhenger mellom bruk og sviktende funksjonsevne. Skrøpeligheit nevnes som viktig årsak til passivitet og sosiale problemer, uten at skrøpeligheit er nærmere definert. I rapporten ”Undersøkelse av ikke-brukere av eldresenter” (Helse- og velferdsetaten, Oslo kommune, 2007) blir imidlertid følgende grupper nevnt som i større grad ikke-brukere av eldresentrene:

1. *Skrøpelige eldre – omfatter personer som har noen grad av uhelse og funksjonshemninger. Vanlige grupper er synshemmede og hørselshemmede.*
2. *Sosioøkonomiske vanskeligstilte eldre.*
3. *Eldre menn som er gift/samboer.*
4. *Eldre resurssterke personer.*

5. *Eldre fra etniske minoriteter.*

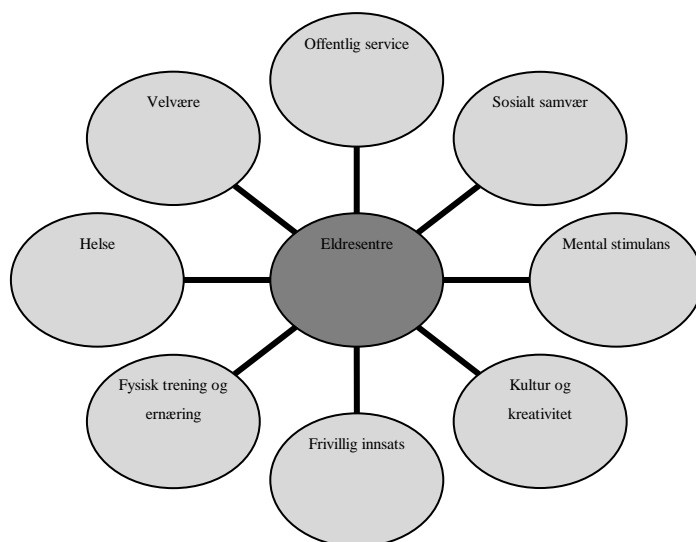
(Helse- og velferdsetaten, 2007, s 20).

Det er jo interessant at syn- og hørselshemming nevnes som en vanlig gruppe av skrøpelige ikke-brukere. Ved Oslo kommunes eldresentre er den største delen av brukerne over 80 år, og man vet at blant denne gruppen har 90 % nedsatt hørsel i ulik grad. Man kan vel nesten si det er mer reglen enn unntaket at hørselen svikter ved høy alder.

I forbindelse med undersøkelsen ” Brukere og ikke- bruker av eldresentre” ble det dannet fokusgrupper for å se på de ulike gruppene som ikke benytter tilbudet, blant annet en gruppe som så på tilbudet til hørselshemmede. Det møtte ikke så mange på møtet, og det tas noe forbehold om konklusjonene, men konklusjonene er ikke overraskende, heller ganske forventede. Det kommer fram at hørselshemmede ofte unngår større forsamlinger, at de kan kvie seg for å ta kontakt med nye mennesker og at de opplevde det slitsomt med bakgrunnsstøy. Flere hadde prøvd å gå på eldresenter, men hadde gitt opp fordi de synes det ble for vanskelig. De opplevde også manglende tilrettelegging, og kunne ønske seg mindre grupper som arena for å møte andre. (Helse- og velferdsetaten, 2007).

4.3 Innhold – aktiviteter.

Helse – og velferdsetaten fulgte opp konklusjonene fra rapporten i 2007 med en ny rapport i 2009. Den heter ”Eldresentrenes møte med nye brukere og nye behov”. Her har de blant annet en modell for formålet med eldresentrene (s.17)



Figur 4.1 Formålet med eldresentrene

Som det fremgår av modellen er målene av ulik art, og vil være mer og mindre relevante for ulike brukere. Hvis man ser på innholdet ut fra et audiopedagogisk perspektiv blir fokuset et litt annet. De ulike tilbudene er ikke nødvendigvis tilrettelagt for tunghørte, uavhengig av om de er potensielle brukere eller ikke. Muligheten for å få noe ut av sosialt samvær i en kafé er avhengig av om det er tilrettelagt for tunghørte eller ikke. En del eldresentre har helsefremmende tiltak i form av for eksempel hørselsgrupper. Det er interessant å se på hvem som leder disse gruppene, hva slags kompetanse vedkommende har, hva som er målet med gruppene og hvilke audiopedagogiske områder som er i fokus. Fysisk trening er også et område som har spesiell interesse for hørselshemmede. De plages ofte av spenninger og smerter i forbindelse med å anstrenge seg for å høre, dessuten er mange plaget av tinnitus. Psykomotorisk trening og avslappingsteknikker er viktig kunnskap for disse gruppene, og noe som vil virke forebyggende for ytterligere helseplager.

Mental stimulans er også nevnt som et behov hos en del brukere. Innen dette området nevnes samtalegrupper, erindringsgrupper, spillklubber, diverse kurs som bruk av mobiltelefon og internett, språkkurs og foredrag. Her er det mange muligheter for å tilrettelegge for tunghørte, både med tanke på tekniske hjelpemidler og gruppestørrelser. Mange tunghørte har også mye å bidra med innen området frivillig innsats. Det brukes allerede i en del eldresentre likemenn innen hørsel som kan være behjelpelige med vedlikehold av høreapparater og annet.

Kulturopplevelser kan ofte være problematisk for de som hører dårlig. Tilrettelegging i form av teleslynger i kino, teater og museer burde være en selvfølge, og vil kunne gi en helt annen opplevelse. Likeledes teksting av filmer, og eventuelt skrivetolking av teater er også tiltak som gjør kulturopplevelser tilgjengelig for flere. Dette er tiltak som det offentlig må sørge for, men eldresentrene kan være pådrivere sammen med brukerorganisasjonene. Også felles turer nevnes som et tiltak som utvider opplevelsene. Også her må man tenke tilrettelegging for eksempel på bussturer.

Velværetilbud som frisør og fotpleie er et tilbud stort sett alle kan nyte godt av, og som de som ikke kanskje ikke klarer å nyttegjøre seg så mange andre tilbud også kan glede seg over.

Det må være et mål for eldresentrene også å forbedre auditive ferdigheter ved å endre akustiske forhold og ta i bruk kommunikasjonsstrategier for å øke funksjonsevnen, og for at de tunghørte brukene skal kunne nyttegjøre seg tilbudet. Det er nødvendig å behandle både individ og miljø, men mye kan gjøres ved å tenke tilrettelegging.

5. Metode

Dette kapitlet omhandler prosessen fra valg av problemstilling til forskningsdesign. Videre en redegjørelse for utvalg til undersøkelsen, utarbeiding av instrument og prosessen med innsamling av data. Underveis i arbeidet er det gjort etiske vurderinger, og likeledes vurderinger av validitet og reliabilitet i de ulike fasene. Fokus for undersøkelsen er på hvordan forholdene er tilrettelagt for hørselshemmede på eldresenter og de metodiske valgene er gjort ut fra dette.

5.1 Design

Ut fra en vurdering av mulige arbeidsmåter valgt jeg å bygge opp studien som et ikke-eksperimentelt/ beskrivende design. Det er en type problemstilling som er egnet for å studere et eksisterende fenomen, hvordan tilretteleggingen er for hørselshemmede.

Forskningsproblemet er ikke kausalt i sin form. Jeg har i arbeidet med studien ikke planlagt å finne årsakssammenhenger, kun å beskrive eksisterende forhold og se dette i relasjon til teori. (Gall, Gall & Borg, 2007).

Det ligger heller ikke implisert i forskningsproblemet å gjøre noen form for innovasjon eller endring. En kartlegging av denne typen er godt egnet til en kvantitativ studie med et spørreskjema som metode og en statistisk analyse av kvantitative data.

5.2 Operasjonalisering av begreper

For å få variabler som kan måle relevante begreper må disse operasjonaliseres, slik at det oppnås en begrepsvaliditet i studien. Begrepene i forskningsspørsmålet kan forstås på flere måter, og en presisering er nødvendig. Problemstillingen for min studie er:

Er kommunikasjonsforholdene tilrettelagt for tunghørte ved seniorsentrene i Oslo?

For å utarbeide et spørreskjema som gir reliable data er det nødvendig å presisere innholdet i begrepene. Tilrettelegging er det sentrale begrepet i spørsmålet. I tilrettelegging i denne

sammenhengen ligger en praktisk/teknisk tilrettelegging, en sosial/emosjonell tilrettelegging og en kommunikasjonsstrategisk tilrettelegging. I begrepet tilrettelagt ligger også underforstått at det skal være godt nok. Hva som er godt nok i denne sammenhengen er et variabelt begrep avhengig av brukernes grad av hørselstap og av hvilken standard som settes. Her kunne det vært gjort målinger av for eksempel bakgrunnsstøy og gjenklang, men i og med at dette er gitt ved offentlige standarder må man kunne anta at dette er tatt hensyn til. Forståelsen for hva som er godt nok tilrettelagt åpner også for andre aspekter som jeg vil se nærmere på i drøftingskapitlet.

Med tunghørt menes personer som har ulike grad av nedsatt hørsel, men som ikke er døve. I denne sammenheng gjelder det særlig alle de som har presbycusis (aldersrelatert hørselstap), men selvsagt er alle med nedsatt hørsel medregnet. Graden av hørselstap vil ha en innvirkning på hva som er relevant tilrettelegging, og det vil også innvirke på hvordan spørsmålene i undersøkelsen tolkes av respondentene.

Seniorsenter er brukt som begrep i problemstillingen. Betegnelsen seniorsenter eller eldresenter varierer, men dette er bare ulike betegnelser. Det er tatt utgangspunkt i de sentrene som står på Oslo kommunes liste. Dette omfatter både kommunale sentre og sentre drevet av andre aktører, men som har felles målgruppe og målsetting.

5.3 Spørreskjema som metode

For å kartlegge et større utvalg er spørreskjema ofte en mer egnet metode enn intervju. Jeg ønsket å få inn data fra alle eldresentrene i Oslo. Metoden jeg valgte ble å lage et spørreskjema.

Konstruksjonen av et spørreskjema er en utfordring i forhold til å få svar på det man ønsker svar på, og å få tilstrekkelig informasjon til å kunne trekke konklusjoner og gjøre en analyse av resultatene. Det skal gi informantene lyst til å svare slik at responsraten blir relevant, og det skal være greit å forstå slik at man faktisk får svar på det man spør om. Gall & al. (2007) nevner også at spørreskjemaet ikke må være for langt fordi respondentene da blir lei av å svare. Det må ikke være for mange faguttrykk, og det er smart å dele inn spørsmålene i temagrupper for å gi bedre oversikt.

Den aller største utfordringen er å etterstrebe å gi instrument validitet og reliabilitet. Det er mange ting som kan spille inn for å få svar på det man faktisk ønsker svar på, og ikke noe som ligner eller noe som blir tolket annerledes. Derfor er ordlyden i spørsmål og svaralternativ av den største betydning for mest mulig entydige tolkningsmuligheter.

Utfordringen ligger også i å lage et instrument som er egnet for koding og statistisk analyse som kan belyse forskningsproblemet på en relevant måte og helst gi noen signifikante svar.

Jeg har valgt et spørreskjema med lukkede svaralternativ, i motsetning til åpne hvor informantene selv gir svarene ut fra egen forståelse. Lukkede svaralternativ forutsetter selvsagt også en egen forståelse, men valgmulighetene for tolkning av spørsmålene er færre, og blir enklere å sammenligne. Spørreskjemaet inneholder også noen åpne spørsmål hvor respondenten kan svare friere, og få mulighet til å uttrykke det som eventuelt ikke kommer fram i de lukkede spørsmålene.

Spørsmålene omhandler generell informasjon om senterets størrelse, antall brukere en gjennomsnittsdag, leders bakgrunn og noen generelle spørsmål om samarbeid og hørselshjelp og innhenting av ressurser utenfra. Videre er det en del spørsmål knyttet til tekniske hjelpemidler, hørselshemmede på senteret, kommunikasjonsstrategier og om tilrettelegging i ulike situasjoner. Det er også spørsmål rundt styre og brukervedvirkning.

5.4 Utvalg/populasjon

Gruppen man ønsker å generalisere til kalles populasjonen. Å undersøke hele populasjonen er i de fleste tilfeller altfor omfattende både tidsmessig og kostnadmessig, derfor gjøres et utvalg. For å kunne generalisere fra utvalget til populasjonen må utvalget være representativt og tilstrekkelig stort. (Lund, 2002)

I dette prosjektet er populasjonen alle eldresentrene i Norge. Denne populasjonen omfatter i overkant av 300 (Daatland & al, 2000). Det er en variert populasjon både når det gjelder størrelse og innhold, men har allikevel noen fellestrekk når det kommer til brukergruppe og målsetting. Som utvalg valgte jeg eldresentrene i Oslo, dette utgjør et utvalg på 39. Brukerne av disse 39 sentrene utgjør en altfor stor gruppe til at de kunne kontaktes personlig, og jeg gjorde derfor et to-trinns utvalg ved å bruke lederne av sentrene som respondenter. Jeg

regner med at de har best oversikt over senterets tilrettelegging for brukerne. Selv om brukerne kunne sagt noe mer direkte om hvordan de opplever situasjonen ville et prosjekt av slike dimensjoner være urealistisk innen de gitte rammer. Jeg kunne i så fall ha valgt et kvalitativt design, og brukt intervju som metode, men det ville ikke gitt den typen og bredden av informasjon som jeg søkte. I følge Lund (2002) beskrives en slik utvelging som en klyngeutvelging, nærmere bestemt en to-trinns klyngeutvelging. Først ved å velge Oslos eldresentre som gruppe og deretter å velge lederne som undergruppe. Det ideelle ville vært et randomisert utvalg fra alle sentrene i Norge, men av praktiske hensyn og ut fra allerede foreliggende materiale som ble brukt som kilder, ble utvalget begrenset til Oslo.

5.5 Prosess med innsamling av data

Ut fra tidsaspektet og det faktum at jeg skulle ha med alle sentrene i Oslo i undersøkelsen ble det ikke foretatt noe pilotundersøkelse. Spørreskjemaet ble testet ut på medstudenter for å kvalitetssikre at det var forståelig og greit å bevare.

Før utsendelse sendte jeg en e-post til samtlige sentere hvor jeg presenterte meg selv og prosjektet, og informerte om at jeg ville ta kontakt med dem. Kort tid etter ringte jeg og snakket med samtlige for å høre om de kunne tenke seg å delta i undersøkelsen. Til dette fikk jeg positivt svar fra alle. Deretter ble spørreskjema og frankert svarkonvolutt sendt ut. Etter to uker purret jeg med e-post til de som ikke hadde svart. Ved endelig opptelling er responsraten 35 av 39, det vil si ca. 90 %.

Av de som ikke har svart vet jeg at en er sykemeldt. De andre vet jeg ikke årsaken til frafallet, men det er såpass lavt at det ikke vil innvirke på undersøkelsen.

5.6 Analyse av data

Ved utarbeiding av spørreskjemaet ble de lukkede spørsmålene prekodet, med poengbergning for ja, nei og vet ikke, som var svaralternativ i de fleste spørsmålene. Et spørsmål ble kodet i etterkant (postkodning). (De Vaus, 2002) Det var spørsmålet om leders utdanning. Her ble utdanningene gruppert etter pedagogisk, helsefaglig, sosialfaglig, merkantil eller annet. Noen spørsmål hadde andre svaralternativ som også ble kodet på

forhånd. For noen av de åpne spørsmålene ga svarene så stor variasjon at det ikke ga mening å kode dem. De står som utsagn og vil bli brukt som illustrasjon i tolkningen av resultatene.

Data fra undersøkelsen ble lagt inn i SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Det ble kjørt frekvensanalyse på alle spørsmålene, og noen korrelasjonsanalyser for å se på sammenhengen mellom enkelte variabler. De fleste av svarene er på nominalnivå statistisk. Det blir derfor mest aktuelt å se på mode og variasjonsbredde for disse dataene (De Vaus, 2002). Signifikanstesting og generalisering blir gjort der det er mulig, og der det er av interesse for forskningsspørsmålet.

5.7 Etiske vurderinger

Selve tema for studien innebærer etter min vurdering ikke noen etiske dilemmaer. Generelle etiske retningslinjer for forskning vil bli ivarettatt, som for eksempel (de Vaus, 2002): Frivillig deltagelse i undersøkelsen og informasjon til deltagerne om hensikt og bakgrunn for studien.

Ut fra studiens informanter og problemstilling er det, ut fra min vurdering, ikke nødvendig å søke tillatelse hos Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. Studien vil ikke innholde personopplysninger.

5.8 Validitet/reliabilitet

Validitet dreier seg om hvorvidt undersøkelsen måler det som er intensjonen (Lund, 2002). Det er nødvendig å kvalitetssikre hvert enkelt ledd av arbeidet for å være forsikre seg om at man er klar over mulige trusler mot validiteten. I alle ledd i prosessen er det mulige feilkilder, og det er forskerens oppgave å være klar over disse og i størst mulig grad unngå dem. Trusler mot validiteten ligger blant annet i hvilket utvalg man gjør og hvordan instrumentet utformes. Er spørsmålene utformet slik at alle forstår dem mest mulig likt? Hvordan kan man tolke de ulike svarene ut fra respondentens ulike bakgrunn? Dette er en mulig trussel i mitt prosjekt. De ulike lederne av eldresentrene har vidt forskjellig utdanningsbakgrunn. De har ulik kunnskap og forståelse av temaet hørselstap og vil se ulikt på viktighet og nødvendighet av tilrettelegging. Dette kan ha innvirket på svarene de har gitt på en del spørsmål.

Cook og Campbell (Lund,2002) utarbeidet et validitetssystem for kausale undersøkelser. De deler inn i validitetstypene : statistisk validitet, indre validitet, begrepsvaliditet og ytre validitet. Systemet kan delvis brukes også på beskrivende undersøkelser. For denne typen undersøkelser er det beskrivende statistikk som vurderes i forhold til statistisk validitet. Begrepsvaliditet sier noe om operasjonaliseringen av begreper og om reliabilitetsmetodikk som er brukt. Mulige trusler mot mitt prosjekt er blant annet om begrepsoperasjonaliseringen er vellykket i spørreskjemaet. Er spørsmålene stilt på en slik måte at jeg får ut den informasjonen jeg søker?

Ytre validitet handler om utvalgsprosedyrer og valg av relevante individer. Kan man generalisere til andre eldresentre ut fra de funnene som blir gjort? Indre validitet er ikke så aktuelt i beskrivende undersøkelser.

Analyse og tolkning av resultatene krever en grundig og nøyaktig vurdering av mulige feilkilder, sett i forhold til den problemstillingen som er i fokus. Jeg har noen spørsmål i bakhodet som blir en del av validitetsvurderingen i forbindelse med drøftingen. For eksempel hvordan et fullstendig bilde av problemområdet ser ut. Det gjelder både tilrettelegging for tunghørte og eldres oppfatninger av sine krav og behov. Brukernes holdning til eget hørselstap vil også kunne påvirke svarene. Hvis ingen sier noe eller påpeker problemet er det ikke lett å vite at det er vanskelig for mange. Jeg har også tenkt på utformingen av spørreskjemaet som inneholder noen råd om hvordan det ideelt sett burde være, og hvordan de vurderer at det er i forhold til dette. Dette kan muligens påvirke respondentene til å svare mer som de tenker seg det ideelle enn å beskrive tilstanden slik det er, hvis de tenker at det burde vært bedre tilrettelagt. Det kan jo alltid være fristende å fremstå som ”flink”.

Reliabilitet dreier seg om andre forskere, ved å bruke de samme prosedyrer, vil komme til de samme resultater. (Gall & al.2007). Er det mulig å gjenta hele prosjektet og få de samme funnene? En beskrivende undersøkelse vil nødvendigvis handle om her og nå, og situasjonen kan jo endre seg med tiden, men ved å gjennomføre en tilsvarende studie på andre eldresentre i landet pr. i dag, mener jeg man ville ha en relativt god mulighet til å gjøre tilsvarende funn ved å bruke designet fra denne studien.

6. Resultater

Svarene fra spørreundersøkelsen er analysert i SPSS 16. Frekvenstabeller, krystabeller og grafer er benyttet for å belyse resultatene. Ved bruk av krystabell er chi-square undersøkt i forhold til statistisk signifikans. Signifikante verdier er angitt ved p-verdi, ved $p < 0,05$ sier man at resultatet er signifikant. Det betyr at man med statistisk sannsynlighet kan si at det er sammenheng mellom de gjeldene variablene, men ikke noe om styrken på sammenhengen. (Lund,2002)

I tillegg til statistisk analyser er en del av svarene i undersøkelsen i henhold til åpne spørsmål, og informantenes utsagn er brukt som illustrasjon. Det er også brukt statistikk fra Statistisk sentralbyrå sett i relasjon til tall fra min undersøkelse.

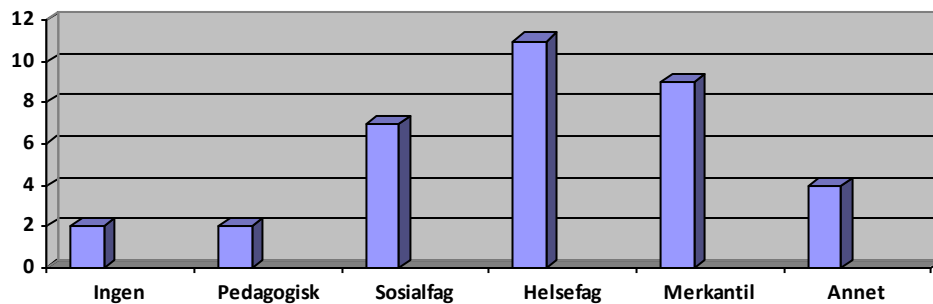
Analysen er delt inn i fire hovedtemaer. Denne inndelingen får med de ulike delene av spørreskjemaet, og er av interesse for problemstillingen. De fire områdene er : Kartlegging av eldresentrene. Hvilke tekniske hjelpemidler har sentrene? Hvilken kunnskap har personalet om kommunikasjonsstrategier og tilrettelegging for hørselshemmede? Har senteret innhentet eksterne ressurser i hørselssammenheng? Resultatene presenteres med en innledende kommentar, deretter tabell og drøfting av denne.

6.1 Bakgrunnsopplysninger om eldresentrene

Det er stor variasjon på sentrenes størrelse. Antallet sentere som er med i undersøkelsen er 39, og antallet registrerte brukere varierer fra 90 til 2300. Dette indikerer at det også må være forskjell på innhold og tilbud. Det vil også være store forskjeller i hvordan akustikk og romklang oppleves av de tilstedeværende ut fra antallet mennesker som er samlet i tillegg til ulik utforming av lokalene.

Ledernes utdanningsbakgrunn er inndelt i pedagogisk utdanning, sosialfaglig utdanning, helsefaglig utdanning, merkantil utdanning og annet. Figuren viser antall personer innen hver utdanningsgruppe.

Tabell 6.1 Ledernes utdanningsbakgrunn



Den største gruppen har helsefaglig bakgrunn, men det er en ganske jevn fordeling i alle gruppene.

Kvinner er i flertall i lederstillinger på sentrene, de utgjør 77 % .

Oslos bydeler har ulikt antall eldresentre. Brukerandelen av innbyggere over 67 år varierer også mye fra bydel til bydel. Andelen brukere kan ha mange forklaringer både i relasjon til etnisk befolkningssammensetning, og til sammensetning av befolkningen forøvrig. Det er en del grupper som ikke bruker sentrene av ulike årsaker. Jeg kommer tilbake til det i drøftingsdelen.

I tabellen gis en oversikt over bydelene i Oslo, og eldresentrenes plassering i byen. Videre er det en oversikt over alle innbyggere over 67 år, med data hentet fra Statistisk sentralbyrå. Fra min undersøkelse kommer antallet brukere og om sentrene har tilbud til etiske minoriteter.

Antallet etiske minoritetsinnbyggere har jeg hentet fra brukerundersøkelsen som ble gjort på sentrene i 2006. Tallene kan derfor være noe endret, men det er marginalt.

Tabell 6.2 Oversikt over befolkningsgrunnlag og brukere av sentrene.

Bydel	Innbygg. 67+	Eldresentre	Brukere	% brukere av innb. + 67	Etniske minoritet over 65 (2006)	Tilbud til etniske minoritet
Alna	4965	Furuset	500	16%	160	Ja
		Haugerud	300 = 800		Ca.5%	Nei
Bjerke	3098	Brobekk	233*	44%	118	?
		Veitvedt/Lin	317		Ca.4%	Nei
		Årvoll	849* = 1389			Nei
Frogner	5505	Bygdøy	370	59%	136	Ingen
		Frogner/Skilleb	810		Ca.2%	
		Seniors Oskarsg.	850			
		Majorstuen	1250 = 3280			
Gamle Oslo	2130	Grønland flerkulturelle	200	27%	208	Ja
		Kampen/Vålerenga	90		Ca.10%	?
		Ensjøtunet	293 = 583			Nei
Grorud	3036	Kaldbakken	658	67%	141	Ingen
		Romsås	1000		Ca 5 %	
		Rødtvedt	400 = 2058			
Grünerløkka	2516	Engelsborg	1141	113%	161	Nei
		Grünerløkka	545		Ca 6%	Ja
		Sinsen	1172 = 2858			Nei
Nordre Aker	5102	Marka mobile	147	88%	63	Ingen
		Grefsen-Kjelsås	1772		Ca 1%	
		Tåsen	1400			
		Ullevål Hageby	1159 = 4478			
Nordstand	6536	Bekkelaget	1200	79%	103	Nei
		Krystallen	940		Ca1%	Nei
		Nordstrand	2273			

		Simensbråten	783* = 5196			?
Sagene	2593	Sagene Torshov	1080	42%	130 Ca 5%	Nei
St.Hanshaugen	2193	St.Hanshaugen	1002*	68%	76	?
		Veste Aker	500* =1502		Ca 3%	?
Stovner	3277	Stovner	2300	70%	160 ca 5%	Nei
Søndre Nordstand	1893	Prinsdal	951	50%	196 Ca.10 %	Nei
Ullern	4211	Skøyen/Smestad	467	35%	66	Ne
		Ullern	1000* = 1467		Ca 1%	neii
Vestre Aker	5331	Røa	1725	48%	103	Nei
		Vindern	850 = 2575		Ca 2%	Nei
Østensjø	7237	Manglerud gård	1200	46%	148	Ingen
		Oppsal treffs.	1200		Ca 2%	
		Rustad	200*			
		Bøler	739 =3339			
	Sum	Antall	Sum	Gjennomsnitt	Total	Totalt
	59623	39	33856	57%	1828 Ca. 3%	6

*2005 tall Brukerundersøkelse og kartlegging av eldresentrene i Oslo 2006 . s.22

? data mangler

I tabellen ser man en sammenheng mellom de bydelene som har høy andel av ikke etnisk norske pensjonister og brukerandelen av sentrene. Bortsett fra bydel Grünerløkka hvor brukerandelen er 113 %. De har eget tilbud for ikke etnisk norske. En mulig forklaring er at brukere fra andre bydeler benytter dette senteret. Det demografiske grunnlaget for sentrene

utgjør en stor forskjell etter hvilken bydel man ser på, både når det gjelder alderssammensetning og etnisk bakgrunn.

Ikke etnisk norske pensjonister har ikke hatt tradisjon for å bruke eldresentrene, og det er opprettet noen egne tilbud for denne gruppen slik at de kan treffe andre med samme bakgrunn. Man vet om denne gruppen at de har høyere frekvens av hørselsproblemer enn etniske nordmenn, og man kan regne med at de har mindre kunnskap om problemene dette medfører og hvilken hjelp som er å få.

Antallet ikke etnisk norske seniorer er i realiteten høyere fordi man i en del etniske grupper anser seg som senior fra ca. 55. Dette antallet vil også stige etter som innvandrerne har bodd lenger i Norge. Utgangspunktet for det tallet som er oppgitt er første- og annengenerasjons innvandrere.

6.2 Tekniske hjelpemidler

Sentrene fikk spørsmål om hvilke tekniske hjelpemidler for hørselshemmede de har tilbud om. Tabellen gir en oversikt over de fem mest aktuelle hjelpemidlene.

Tabell 6.3 Oversikt over tilgjengelige tekniske hjelpemidler

	Teleslynge	Samtaleforsterker	FM-anlegg	Lydutjevning	Skrivetolk
Ja	29	1	3	31	1
Nei	5	33	21	2	34
Vet ikke	1	1	10	2	

De aller fleste har tilbud om teleslynge og lydutjevningsanlegg, det vil si høytalere. Hele 69% oppgir at de har teleslynge. Kun et senter oppgir at de har brukt skrevetolk eller at en bruker har bestilt skrevetolk, og det er kun et fåtall som oppgir at de bruker FM-anlegg. Et annet spørsmål omhandler hvor ofte teleslyngen er i bruk.

Tabell 6.4 Bruk av teleslynge.

	Antall	Prosent
Aldri	3	11,1
Sjelden	6	22,2
Ganske ofte	10	37,0
Alltid	8	29,6

Av disse brukes den sjelden eller aldri av bare 33%, mens 67% bruker den ganske ofte eller alltid. Det fremkommer ikke av spørreskjemaet hva som er årsaken til bruk/ikke bruk, eller i hvilke situasjoner teleslyngen brukes.

6.3 Kunnskap hos personalet

Det stilles spørsmål om leder gjennom sitt arbeid har fått informasjon om kommunikasjon med hørselshemmede. Ti av respondentene har fått slik informasjon, tjuefem har ikke fått. Dette kan muligens ha sammenheng med at sentrene driftes av mange ulike aktører, og at ulike ting vektlegges hos de forskjellige.

Et område som er tema i spørreundersøkelsen er hvilken kunnskap personalet har om kommunikasjonsstrategier og tilrettelegging for hørselshemmede. Det er nevnt 5 sentrale råd for hva som er viktig å ta hensyn til når man kommuniserer med tunghørte. Spørsmålene handler om man vet at det er gunstig med lys på den som snakker med den tunghørte, om man sikrer seg den hørselshemmedes oppmerksomhet, om man setter ned tempo i samtale med hørselshemmede, om man gir stikkord underveis i samtalen for at den tunghørte lettere skal kunne følge med og om man sørger for at det er mulig å delta i morsomheter.

Tabell 6.5 Kommunikasjonsstrategier

	Lys	Oppmerksomhet	Tempo	Stikkord	Humor
Ja	51,4	85,7	97,1	57,1	80,0
Nei	40,0	8,6		20,0	5,7
Vet ikke	8,6	5,7	2,9	22,9	14,3

Rådene om oppmerksomhet, tempo og humor følges av de fleste, mens færre har svart ja på spørsmål om lysforhold og stikkord i samtalen. Det fremgår ikke av spørsmålene hvorvidt man snakker unaturlig langsomt eller høyt. Det sies heller ikke noe om noen roper inn i øret på den tunghørte, noe som er en ganske vanlig måte å kommunisere på, men som forhindrer munnnavlesning.

Neste tema i undersøkelsen handler om kjennskap til høreapparater. Halvparten av de spurte sier at noen av personalet har kjennskap til bruk av høreapparater. "Kjennskap til" kan i realiteten bety at man kjenner til teknisk vedlikehold som bytte av batteri eller renhold, men det kan også tolkes som kjennskap til opplevelsen av høreapparatet og hvilke hensyn man må ta for å ha maksimal nytte av det.

Det er mange ulike aktiviteter på et eldresenter, og behovet for tilpasning av lydbildet vil variere fra sted til sted og mellom de ulike aktivitetene. Spørsmålene som stilles rundt dette tema er om det er tatt hensyn til tunghørte brukere i kafédriften, på turer, ved foredrag og ved kurs. Kategoriene er : ikke tatt hensyn til, tatt noe hensyn til og godt tilrettelagt. Denne kategoriseringen er ikke objektiv og vil innebære en tolkning fra respondentene om hva de forstår med å ta hensyn til i denne sammenhengen. Dette vil avhenge av kunnskaper og i hvilken grad de mener det er et viktig område å fokusere på.

For å se på en mulig sammenheng er mellom hvor god tilretteleggingen er i kafeen, og om det finnes teleslynge i lokalet er det laget en krystabell. Ved bruk av Pearsons Chi-square er $p < 0.001$, og man kan se en signifikant sammenheng mellom disse faktorene. Det viser at de som har teleslynge i større grad enn andre mener at de har god tilrettelegging i denne sammenhengen. Teleslynge ansees som god tilrettelegging i mange sammenhenger uten at det er så gjennomtenkt hvordan det fungerer.

Tabell 6.6 Er det teleslynge i lokalet?/ Tilrettelegging av kafelokalet.

Er det teleslynge i lokalet?	Tilrettelegging i lokalet							
	Ikke tatt hensyn til		Tatt noe hensyn		Godt tilrettelagt		Total	
JA	0	0%	18	66.7%	9	33.3%	27	100%
Nei	2	40%	3	60%	0	0%	5	100%
Vet ikke	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
Total	3	9.1%	21	63.6%	9	27.3%	33	100%

I Persons Chi-square er value 19.486 , df 4 og asymp.sig (2-sided) .001

Tilrettelegging i andre aktiviteter som turer, kurs og foredrag er kartlagt ut fra hvorvidt det er tatt hensyn til hørselshemmede eller ikke. Resultatene er angitt i prosent.

Tabell 6.7 Tilrettelegging ved turer, foredrag og kurs.

	Turer	Foredrag	Kurs
Ikke tatt hensyn til	19.4		10.7
Tatt noe hensyn til	71.0	39.4	64.3
Godt tilrettelagt	9.7	60.6	25.0

Vedrørende spørsmål om kurs svarer 75 % at de ikke har tatt hensyn til eller har tatt noe hensyn til tunghørte, mens 25 % svarer at det er godt tilrettelagt. I forbindelse med foredrag

er forholdet at 60 % mener det er godt tilrettelagt, mens 40 % svarer at det ikke er tatt hensyn til. Dette kan tyde på at ikke hjelpemidler brukes i samme grad ved kursvirksomhet som ved foredrag. Dette kan ha sammenheng med at kursene ofte holdes for et mindre antall deltagere, og at behovene er ulike i de to settingene. Ved foredrag har man mulighet til å benytte teleslynge eller lydutjevningsanlegg, mens man ved et kurs lettere kan kommunisere med enkeltpersoner ved direkte kontakt .

På turer oppgir 19 % at det ikke er tatt hensyn til tunghørte, 71 % at det er tatt noe hensyn til og ca.10 % at det er godt tilrettelagt. En mulig forklaring er at man har tenkt på ulike typer utflukter. Ved bruk av buss er det ofte høytaleranlegg som kan betegnes som en form for tilrettelegging.

6.4 Eksterne ressurser

Med eksterne ressurser menes i denne sammenhengen Oslo kommunes Rådgivingskontor for hørselshemmede som kan komme og holde foredrag eller informere om hørselstap, audiograf som tar hørselstester og Hørselshemmedes landsforbund (HLF) representert ved likemenn eller hørselshjelper. Også samarbeid mellom sentrene kan representere eksterne ressurser. Om det er samarbeid og på hvilke områder er behandlet i spørreskjemaet.

Fordelingen av hvor mange som har hatt kontakt med rådgivingskontoret viser at det er omtrent halvparten. Dette sier noe om at mange er opptatt av temaet hørsel, og tar initiativ for å øke kunnskap om det.

Det inviteres audiograf som tar hørselstest på de som ønsker det på en del sentere. Resultat fra spørsmålet om dette tilbudet følger i tabellen under. Resultatet er angitt i prosent.

Tabell 6.8 Er det tilbud om hørselstesting?

Ja	Nei	Vet ikke
68.6	28.6	2.9

Hele 68 % av sentrene oppgir at de har hatt tilbud om hørselstesting. I spørsmålet om oppfølging svarer de fleste at dette er et anliggende mellom den enkelte og helsevesenet. Ingen tolker oppfølging som noe man kan gjøre i omgivelsene til da

Det er 6 sentere som oppgir at de har hørselsgrupper. Jeg har sett på disse for å se om det finnes fellestrekk for dem. Følgende kriterier er sammenlignet: Antall brukere, hvem som driver senteret og om de har kontakt med HLF (Hørselshemmedes landsforbund)

Tabell 6.9 Hvilke sentre har hørselsgrupper og har de noen fellestrekk?

Senter :	Brukere:	kontakt HLF:	Drives av:
Linderud/Veitvedt	317	Ja	Norsk pensjonistforbund
Bygdøy	370	Ja	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Majorstuen	1250	Ja	Norske kvinners sanitetsfor.
Røa eldresenter	1725	Ja	Bydel Vestre Aker
Vindern eldresenter	850	Ja	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Manglerud gård treffs. 1200		Ja	Bydel Østensjø

Som det går fram av oversikten er den fellesnevner sentrene med hørselsgrupper har, at de har kontakt med hørselshjelper/likemann fra HLF. Det er ellers ingen fellestrekk når det gjelder størrelse på senteret, beliggenhet i byen eller hvem som driver dem.

Totalt oppgir 6 senter at de har kontakt med likemenn, og 15 sentre at de har kontakt med hørselshjelper. Dette dekker hele spekteret fra de som selger batterier og renser høreapparater, til de som leder hørselsgrupper og driver en mer omfattende opplæring av tunghørte.

Det er utstrakt samarbeid mellom sentrene, både formelt og uformelt. Imidlertid oppgir ingen at det foregår noen form for samarbeid relatert til hørsel.

Brukermedvirkning er formalisert ved at brukerne er representert i styret eller at senteret har eget brukerråd. Alle oppgir å ha en eller annen form for brukermedvirkning, men ingen sier noe om at tilrettelegging for tunghørte er et ønske fra brukerne. Årsakene til at dette ønsket ikke kommer fra brukerne kan være mange. En drøfting av spørsmålet er med i neste kapittel.

7. Drøfting

Innledning

Med problemstillingen i fokus vil jeg nå se på teoridelen og resultatene fra undersøkelsen. Drøftingen er delt inn med et overordnet fokus på tilrettelegging for tunghørte. Jeg har delt dette inn i en del hvor individet står i sentrum og den del hvor omgivelsenes rolle står sentralt. Ut fra en audiopedagogisk vinkling har jeg sett på tilrettelegging med vekt på det pedagogiske, det tekniske og det medisinske. Jeg har også sett på hvilke eksterne ressurser som er tilgjengelige for eldresentrene i Oslo.

Problemstillingen er:

Er kommunikasjonsforhold tilrettelagt for tunghørte ved seniorsentrene i Oslo?

For at tilrettelegging skal ha noen mening må man se det i relasjon til målgruppen. Det vil si tunghørte brukere av seniorsentrene. Begrepet tilrettelegging innebærer flere perspektiver. Individperspektivet omhandler den enkeltes behov og bakgrunn. Et perspektiv på forståelsen er omgivelsenes innvirkning på tilretteleggingen. Her tenker jeg på pedagogisk, teknisk og medisinsk tilrettelegging, både i form av personalressurser, eksterne ressurser og de fysiske omgivelsene. Det legges en audiopedagogisk forståelse til grunn for drøftingen.

Jeg har valgt å bruke kommunikasjonsforhold i videste betydning. Det innebærer kommunikasjonsstrategier, hvordan de fysiske forholdene er tilrettelagt i forhold til akustikk og romklang, og hvilke tekniske hjelpemidler som er tilgjengelig. I begrepet kommunikasjonsforhold legger jeg et aspekt av individuelle behov. Hvem er det som skal kommunisere og hvilke forutsetninger, ressurser og begrensinger har de? Hvilke holdninger og hvilken kompetanse har man ved seniorsentrene til å tilrettelegge kommunikasjonsforholdene? Og hvilken rolle spiller relasjoner inn i forståelsen av kommunikasjonsforhold?

Som en rød tråd gjennom det hele, har det vært en tanke om hva som kan ha salutogen virkning. Hva kan gjøres for å øke trivsel og livskvalitet hos tunghørte eldre på eldresentrene, og derved virke helsefremmende?

7.1 Tilrettelegging av kommunikasjonsforhold for tunghørte eldre

Et grunnleggende spørsmål er hvordan og hvorfor man skal tilrettelegge for tunghørte? Den grunnleggende hensikten er å tilrettelegge slik at en funksjonsnedsettelse ikke blir en funksjonshemming. Et hørselstap er en funksjonsnedsettelse som ikke nødvendigvis behøver å bety en deltagerbegrensning (Normann & al, 2008). I den grad det blir et handikap er avhengig av om rehabilitering og tilrettelegging lykkes eller ikke, og hvordan den enkelte takler situasjonen.

7.1.1 Individets rolle

Presbycusis (aldersbetinget hørselstap) er årsak til hørselstapet for de fleste i gruppen som er brukere av seniorsentrene. Dette er ikke en diagnose som arter seg likt for alle. Graden av hørselstap vil variere, og det vil innvirke om vedkommende har andre problemer i tillegg. Det typiske for presbycusis er at det tiltar gradvis med alderen, og man ikke har en opplevelse av brått hørselstap. Til å begynne med kan det være vanskelig å oppdage at hørselen blir dårligere. Det kan oppleves som at andre mumler, snakker utydelig, har vanskelig dialekt. (Vernon & al, 1990) . At hørselen blir dårligere kan være vanskelig å innrømme for en del. I vårt samfunn er ungdomsidealet sterkt, og alt som smaker av forfall og alderdom benektes i det lengste for veldig mange. Det å ta inn over seg at alderen har begynt å sette sitt preg, kan sette i gang emosjonelle reaksjoner som sorg, stress og tristhet (Dyregrov, 2006). Mange gjør seg tanker om framtida, vil det bli verre og hvordan vil det påvirke livet? De fleste har kjent noen som hører dårlig, og man vet instinktivt at det kan være problematisk. I det lengste prøver mange å holde det skjult at de hører dårligere, men på et eller annet tidspunkt vil det nødvendigvis bli oppdaget, og spørsmålet blir hvordan man skal takle det videre. Flere av informantene i min studie oppga at deres største utfordring var å få brukerne av sentret til å innrømme at de hørte dårlig. Det er lite aktuelt å sette i gang med tilrettelegging for noen som ikke vil forholde seg til det. Første reaksjon hos omgivelsene når noen kommer dit at de innser at de trenger høreapparat, er ofte en ”trøst” om at nå er jo apparatene så små, og man kan ha dem i øregangen slik at det nesten ikke synes.

Det er en kurant sak å gå til en ørelege, få testet hørselen og få tildelt høreapparater, men hva så? De fleste får ingen opplæring i bruk av apparatene, og det blir absolutt ikke som å få

hørselen igjen. Mange insisterer på å få små apparater i øregangen, til tross for at de kanskje hadde hatt bedre nytte av et kraftigere apparat med ørehenger. Men forfengeligheten spiller inn selv om man blir eldre, og utseendet er hos en del viktigere enn optimal nytte av hjelpemidlet. Selv med et optimalt høreapparat er det vanskelig i mange situasjoner. Mange opplever en frustrasjon og skuffelse over at de fortsatt opplever problemer med å høre, og i denne fasen er det av stor betydning både hvordan den enkelte mestrer sin situasjon, hvordan omgivelsene møter vedkommende og hvordan en audiologisk rehabiliteringsprosess legges opp.

Når ikke høreapparatene svarer til forventningen er det lett å legge dem bort, og gi opp å prøve. Dette resulterer ofte i en slitasje på relasjonene til familie og venner. Den tunghørte er ofte klar over problemet, og opplever det som en belastning. Reaksjonene er ulike, og man skiller mellom adaptive og maladaptive mestringsstrategier (Powell & Enright, 1990). Den tunghørte finner mer eller mindre vellykkede strategier for å avhjelpe situasjonen, avhengig av egen psyke, omgivelsenes velvillighet og adgang til audiologisk rehabilitering. Hvilke strategier den enkelte velger, bevisst eller ubevisst avhenger av hva som oppleves å være mest effektivt. Hva som oppleves som effektivt i øyeblikket, er ikke nødvendigvis en hensiktsmessig kommunikasjonsstrategi i lengden (Gomez & Madley, 2001). Ved for eksempel å overta samtalen fullstendig vil den tunghørte slippe å forholde seg til ikke å oppfatte hva som sies, men det vil høyst sannsynlig være en stor belastning på relasjonen til kommunikasjonspartneren. Sårbarheten og angsten for nederlag ligger ofte under, og det skal ikke uttrykkes så mye oppgitthet og negative signaler fra omgivelsene, før tilbaketrekning og sosial isolasjon oppleves som det minst belastende alternativet. Stresskapende faktorer vil være avhengig av hvilke følelser som er tilstede i utgangspunktet (Lazarus, 1999), og reaksjonene vil være individuelle.

Antonovsky (2000) snakker om generelle motstandsressurser, som penger, jegstyrke, kulturell stabilitet og sosial støtte. Han snakker også om begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet som fremmende faktorer for salutogenese. I dette ligger både ytre og indre faktorer. Noe avhenger av den enkeltes personlighet og kognitive tilnærming, andre faktorer ligger mer i omgivelsenes forståelse og vilje til å hjelpe. Det er ikke alle som orker å ta kampen med å forstå og bli forstått, og derfor isolerer seg og slutter å oppsøke sosiale settinger. Andre bruker mer adaptive mestringsstrategier, som å be om at samtalepartneren tar visse hensyn og gir konkrete tilbakemeldinger om hva som er virkningsfullt. For å kunne

gi hensiktsmessige tilbakemeldinger om tilrettelegging vil det være av stor betydning at man har kunnskap om hva som virker gunstig i kommunikasjonssituasjonen. Sosial støtte som Antonovsky nevner er en viktig faktor i eldresentrene. Spesielt fordi temaet hørselstap etter hvert vil angå så mange burde det være mulig å jobbe sosialpedagogisk med aksept og inkludering, som igjen kan medvirke til bedre helse og livskvalitet hos tunghørte brukere.

Samspill med omgivelsene er et tema i alle sammenhenger, både med familien og ikke minst med jevnaldrende i eldresentrene. Målet for eldresentrene er blant annet å forebygge ensomhet og isolasjon, og et fokus på kunnskap rundt kommunikasjon og hørsel er en vei å gå som kan fange opp mange brukere, og som for en del vil fremme trivsel og god helse. Det samarbeidet som foregår mellom sentrene går, i følge min undersøkelse, i hovedsak ut på å planlegge turer, aktiviteter og drift, ingen oppgir at det er samarbeid rundt opplæring av personalet. Alle oppgir dessuten at brukerne har medbestemmelse i form av plass i styret eller i et eget brukerråd. Heller ikke i denne sammenhengen er tilrettelegging for funksjonshemmede nevnt. Om dette skyldes at man ikke er klar over hvilke muligheter som finnes, om det handler om et ønske å ikke sette fokus på det fordi det oppleves som ubehagelig eller om det er så mange andre ting som oppleves viktigere, er ikke godt å si, men det er i tråd med det informantene sa om at det er vanskelig å få mange brukere til å innrømme at de hører dårlig.

7.2 Omgivelsenes rolle

Det overordnede målet for sentrene er å gi et tilbud til flest mulig, i form av et aktivitetstilbud og et tilbud for å forebyggende ensomhet og isolasjon.(Daatland & al,2000). Resultatet av min undersøkelse viser at 57 % av Oslos befolkning over 67 år er registrert som brukere av seniorsentrene. Det betyr at 43 % ikke er brukere. Dette kan ha mange årsaker. Noen føler at de er for spreke og har for mange andre ting fore, andre føler seg for dårlige og orker ikke å gå dit. Det kan også skyldes at det finnes andre typer tilbud for aldersgruppen, for eksempel ulike typer pensjonistforeninger, gjerne med bakgrunn i tidligere arbeid eller interesser. Eldresentrene er imidlertid et lavterskeltilbud hvor det er mulig å bare gå innom når det passer for å spise eller ta en kopp kaffe, og treffe kjente. Mange av brukerne oppgir at senteret er meget viktig for dem, og at det er den viktigste sosiale arena de har.

I undersøkelsen kommer det fram at størrelsen på sentrene varierer med antall registrerte brukere fra 90 til 2300. Det sier seg selv at det må være stor variasjon i både innhold og lokaler i sammenheng med brukergruppens størrelse og sammensetning.

7.2.1 Teknisk tilrettelegging

De aller fleste av sentrene oppgir at de har teleslynge og lydutjevningsanlegg, og 67 % av disse oppgir at teleslyngen brukes ofte eller alltid. Teleslynge og lydutjevningsanlegg er gode hjelpemiddel i en del situasjoner, men de begrenser seg ved at den som snakker må bruke mikrofon. I tillegg må den hørselshemmede for å ha nytte av teleslyngen ha innebygd mottaker i sitt høreapparat. Ønsket om de små apparatene i øregangen gjør at mange går glipp av denne muligheten. I tillegg sier en del eldre at de ikke tør stille inn høreapparatet på ulike programmer. De er redd for å miste lyden, og ikke finne tilbake til det programmet de bruker til vanlig. Det motoriske er også et element i dette. Høreapparatene er små, og mange eldre er stive i fingrene og har problemer med å greie innstillingene. I undersøkelsen min sier halvparten at noen av personalet har kjennskap til høreapparater, og dette betyr vel i realiteten at det ofte er vanskelig å få hjelp med innstillingen hvis det er nødvendig. Jeg har også opplevd at man ikke visste at det var nødvendig å bruke mikrofon for å ha nytte av teleslyngen.

Samtaleforsterker er et enkelt lite hjelpemiddel som mange kunne nyttegjøre seg uten mye opplæring eller teknisk innsikt. I min undersøkelse svarer kun et eldresenter at de har brukt samtaleforsterker. Et lite hjelpemiddel, som ikke koster all verden og som er så enkelt å betjene, burde være en selvfølge over alt hvor eldre tunghørte ferdes. Det burde finnes både på sykehjem, sykehus, legekontorer og eldresentre. I en del situasjoner er det spesielt viktig å høre, og vite hva man svarer på. Det tragiske er at en del tunghørte faktisk blir tatt for å være demente, fordi deres evne til å oppfatte er så redusert.

Når det gjelder skrive tolking er dette også et lite brukt hjelpemiddel i eldresentrene. Dette kan ha sammenheng med at det er vanskelig å få skrive tolk fordi det er så få, men det har også sammenheng med at hjelpemidlet er lite kjent.

Ved spørsmål om tilrettelegging for tunghørte i forbindelse med turer, foredrag og kurs svarer hele 80 % at det er tatt noe hensyn eller er godt tilrettelagt ved turer, ved foredrag sier

100 % at det enten er tatt noe hensyn til eller er godt tilrettelagt og ved kurs er det 90 % som oppgir det samme. Dette indikerer at spørsmålet om tilrettelegging er i fokus, og at det i det minste tas noe hensyn til. Hvilken form tilretteleggingen har fremkommer ikke av svaralternativene.

Hvis man ser på Diskriminering- og tilgjengelighetsloven fra 2009, står det at det skal sikres at virksomhetens alminnelige funksjon skal kunne benyttes av flest mulig. Uavhengig av funksjonsevne skal loven sikre at diskriminering hindres, og at barrierer avskaffes.

(www.hlf.no). Med denne loven i bakhodet blir det ikke bare nødvendig men selvfølgelig og lovpålagt, at tilrettelegging for funksjonshemmede kommer i fokus på en helt annen måte enn tidligere.

7.2.2 Pedagogisk tilrettelegging

I alle aspekter av spørsmålet om tilrettelegging ender man opp med et opplæringsbehov. Dette gjelder både for de hørselshemmede selv, men også for familie og andre i omgivelsene. Det er trolig at man gjennom en opplæring, informasjon og alminneliggjøring av hørselstap med alderen kunne unngått eller mildnet en del stress- og sorgreaksjoner. Nedsatt hørsel blir ikke mindre plagsom av den grunn, men det er allikevel lettere å forholde seg til noe som både en selv og omgivelsene har kunnskap om. Sett fra et salutogent perspektiv vil en satsing på pedagogisk intervensjon være med å gjøre situasjonen mer begripelig, håndterbar og meningsfull.

Som tidligere nevnt er det i en helhetlig audiologisk rehabilitering nødvendig å se på brukerperspektiv og individuelle behov (Falkenberg, 2007). Det er imidlertid ikke noen motsetning i å se hva som kan gjøres for å lage en bredere forståelsesplattform hos alle som har med eldre å gjøre. Ofte er det ikke så mye som skal til, for eksempel burde elementære regler for kommunikasjon med eldre hørselshemmede være et tema i alle utdanninger hvor man kan komme til å jobbe med denne målgruppen (Hull, 2001). I min undersøkelse kommer det fram at bare ti informanter har fått informasjon om kommunikasjon med hørselshemmede i jobbsammenheng.

Videre ble kommunikasjonsstrategier undersøkt. Kommunikasjonsrådene til Hull (2001) ble lagt til grunn for de temaene som ble valgt i spørsmålene. Betydningen av lysforhold var 51,4

% av lederne klar over. Dette indikerer at de som er tunghørte muligens ikke er klar over at det er gunstig å ha lys på samtalepartner, ellers ville flere gjort oppmerksom på det. En annen mulighet er at de gjør det i all stillhet for ikke å få oppmerksomhet rundt hørselstapet. Et annet aspekt i dette er at mange eldre i tillegg til hørselstapet også har problemer med synet. Godt lys er derfor vesentlig for å kunne benytte seg av munn/taleavlesning. De fleste, hele 97,1 %, oppgir at de tar hensyn til tempo i kommunikasjon med tunghørte. Dette har betydning både for muligheten til munnavlesning, men også fordi mange eldre får problemer med auditiv prosessering, det vil si at hørselsområdet i cortex (hjernebarken) ikke avkoder lyd like raskt som tidligere (Hull, 2001).

Det som er gledelig og litt overraskende i undersøkelsen, er hvor mange som oppgir at de gir stikkord underveis i samtalen, og sørger for at tunghørte får del i morsomheter. Dette er et av de problemene mange som hører dårlig opplever som veldig vanskelig og sårt. En mulighet er at de det gjelder ikke gjør oppmerksom på at de ikke får tak i poenget, men ler sammen med de andre og gir inntrykk av å ha forstått. Det kan være nok et eksempel på en maladaptiv mestringsstrategi.

7.2.3 Medisinsk tilrettelegging

Rehabiliteringsansvaret i hørselsomsorgen ligger først og fremst hos andre instanser enn eldresentrene, men som tidligere nevnt gis det ikke noe helhetlig behandlingstilbud ut fra brukerperspektiv og individuelle behov (Falkenberg, 2007), og det blir viktig å se på hvor man kan nå fram til brukergruppen med tilgjengelige ressurser. Tanken bak eldresentrene var opprinnelig at det kunne være en billig og effektiv arena å nå mange med helseforebyggende tiltak. Kompetanseoppbygging hos personalet er også nevnt som et satsningsområde (Daatland & al, 2000). Det burde være nærliggende å bruke en arena hvor mange eldre er til å skape økt livskvalitet og å styrke helsetilbudet innen hørsel.

På 68,6 % av sentrene oppgis det at man har tilbud om hørselstesting. Det vanlige er at en audiograf kommer og tester på senteret, og anbefaler videre behandling. Dette er uavhengig av resultatet, en måte å sette fokus på temaet hørsel, og det kan være en innfallsvinkel til å alminneliggjøre tunghørthet.

For mange med dårlig hørsel er muskelspenninger i nakken og spenningshodepine et stort problem. Fordi de bruker mye krefter for å prøve å oppfatte blir mange forttere slitne enn

andre. Et helseforebyggende tiltak som er nyttig for både denne gruppen, og egentlig alle eldre, er psykomotorisk trening. Her trenes muskelavslapning, balanse og generell fysikk. Mange sliter med tilleggsvansker som tinnitus og menière, dette kan også ha innvirkning på balanse og ansenhet.

I januar 2010 forsvarte Else Vengnes Grue sin doktoravhandling ”Syn og hørselssvikt hos eldre”. Hun ser mange interessante sammenhenger som man tidligere ikke har undersøkt. Hun har blant annet funnet at de som hører dårlig er overrepresentert i forbindelse med fallulykker og derved lårhalsbrudd, kanskje noe man tenker kunne ha mer sammenheng med nedsatt syn, men hun har funnet at sansetap både på syn og hørsel kan være årsak. Hun understreker hvor viktig det er å kartlegge syn og hørsel hos eldre fordi mye kan gjøres med forholdsvis enkle midler, og det får så store konsekvenser for den enkelte hvis det ikke blir gjort (Helbostad, 2010).

7.3 Kommunikasjonsforhold

Sentrene har ulikt utgangspunkt når det gjelder lokaler, både størrelsen på lokalene og hvilke bruksområder de skal dekke. Som tidligere nevnt er det mye som foregår på eldresentrene som fysisk aktivitet, sosialt samvær, velværetilbud og kulturelle aktiviteter. Her legges det grunnlag for slautogene faktorer som utvikling av særinteresser og hobbyer, intelligens og kreativitet, høy aktivitet og energi og positiv selvfølelse (Mækele, 2007). Det å være i aktivitet og være del av et fellesskap er ikke alltid like enkelt i høy alder, og eldresentrene er en viktig arena for å holde humøret oppe, gi impulser til mange og øke livskvaliteten.

Noen settinger og lokaler er vanskeligere kommunikasjonsmessig enn andre. Bakgrunnsstøy og etterklang i rommet gjør det spesielt vanskelig for hørselshemmede. Det er noen enkle ting alle kan gjøre. For eksempel i kafélokalene er ting som å ha duk på bordene, bruke krus i stedet for kopp og skål, som skramler en del, og ha knotter under stolbena, ting som kan minske bakgrunnsstøy og gjøre lokalet bedre å høre i. I tillegg er bruk av gardiner og andre tekstiler med på å dempe bakgrunnsstøyen.

I min undersøkelse har jeg sett på sammenhengen mellom hvor god deltagerne mener tilretteleggingen er i kaféen og om det er teleslynge i lokalet. Det fremkom en signifikant sammenheng mellom disse faktorene, og min antagelse er at mange ved tilrettelegging tenker

teleslynge. Dette bekreftes av ”Undersøkelse om ikke- brukere av eldresentrene 2007”, som gir anbefalinger om tilrettelegging for nye brukergrupper, deriblant tunghørte, og hvor teleslynge er nevnt som det eneste tiltaket(Helse- og velferdsetaten, 2007). Tilrettelegging av kommunikasjonsforhold er så mye mer, både når det gjelder strategier, innredning av lokaler, og kunnskap om hørselstap og om hjelpemidler. Det er ikke å forvente at alle skal ha inngående kjennskap til nedsatt hørsel, men det er mulig å finne bistand andre steder. Tilbudet kunne vært bedre utbygd, men noe finnes.

7.4 Eksterne ressurser

Det finnes en del eksterne ressurser knyttet til hørsel i Oslo. Som den eneste kommunen i landet har Oslo etablert et rådgivingskontor for hørselshemmede, med den formen som dette kontoret har. Det er et lavterskeltilbud hvor hørselshemmede selv eller institusjoner som jobber med hørselshemmede kan henvende seg å få råd og veiledning. De kan holde foredrag og informasjonsmøter, og omtrent halvparten av eldresentrene oppgir at de har vært i kontakt med rådgivingskontoret. Kontoret har audiopedagoger som har kompetanse på både tekniske, medisinske og pedagogiske spørsmål. De har imidlertid mye å gjøre, og det er ganske lang ventetid for å få tjenester derfra.

Hørselshemmedes landsforbund (HLF) er en sterk brukerorganisasjon med 50 000 medlemmer, som representerer landets 700 000 hørselshemmede, hvorav 200 000 er høreapparatbrukere (hlf.no, 2010). De har tilbud om hørselshjelp eller likemenn som bistår andre hørselshemmede i å takle sine utfordringer med hørselen. Min undersøkelse viser at i de tilfellene hvor det er en hørselsgruppe knyttet til eldresenteret er HLF involvert i dette. For de som på denne måten kan hjelpe andre og føle seg nyttige kan dette være en faktor til salutogenese. Det å ha noen å hjelpe nevnes som en viktig faktor(Mækele,2007). Det vil også bli et mindre formelt tilbud enn om det skulle komme en ”offentlig person” og lede gruppen. Man må imidlertid skille mellom å ha en rolle som støtteperson/hjelper med praktiske ting, og det å skulle ha en rolle i audiopedagogisk rehabilitering og behandling.

Også de foreliggende rehabiliteringsplaner og lovverk må man kunne betegne som en ressurs. Det er laget store utredninger, veiledere, forskrifter og plandokumenter om hørselshemmedes behov både fra Statens helsetilsyn, Sosial- og helsedepartementet, Sosial-

og helsedirektoratet. Stort sett konkluderes det med at tilbudet er fragmentarisk og tilfeldig og at det må settes inn tiltak, spesielt på den pedagogiske siden. Det er utredet og konkludert, og fortsatt gyldig, så man må kunne håpe at det skjer ting etter hvert. Kommunen har et ansvar, og i Oslo kommunes folkehelseplan (2006-2008) beskrives eldresentrene som sentrale forebyggende og helsefremmende tilbud for eldre, men Oslo kommune burde se opplæringsbehovet hos alle institusjoner som jobber med eldre under et, lage en opplæringsplan og gjerne ansette noen audiopedagoger som kan være rådgivere og drive opplæringen. (Helse – og velferdsetaten, 2009) .

8. Konklusjon/oppsummering

I denne oppsummeringen vil jeg se hvilke svar studien har gitt i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål, konkludere og evaluere metoden som er brukt i studien og komme med noen tanker om fremtiden og hvilke konsekvenser konklusjonene kan få.

Med utgangspunkt i metodekapitlet var min hensikt å gjøre en kvantitativ kartlegging av eksisterende forhold, og beskrive fremfor å se på årsakssammenhenger. Utvalget til studien var alle eldresentrene i Oslo, og dette utgjør en god variasjon i både størrelse og innhold, og ga et godt utgangspunkt for et representativt bilde av tilretteleggingen for tunghørte. Den ytre validiteten er styrket, i form av utvalgsprosedyrer og relevante informanter. Responsraten på undersøkelsen var på ca. 90 %. Det styrker den statistiske validiteten. Det er brukt beskrivende statistikk mest i form av frekvenstabeller, som grunnlag for analysen av resultatene. Når det gjelder spørsmålet om ønsket informasjon fremkommer i operasjonaliseringen av begrepene, altså hvor god begrepsvaliditeten er, har jeg fått belyst problemstillingen i den grad at det kan trekkes noen konklusjoner. (Lund, 2002) I etterkant ser jeg at spørreskjemaet kunne vært laget litt annerledes, ikke så mye i innhold men i gruppering og rekkefølge på spørsmålene. Det hadde sannsynligvis ikke gitt andre resultater, men hadde gitt en mer logisk rekkefølge. Noen av spørsmålene har tolkningsmuligheter, og kan besvares ulikt ut fra kunnskapsbakgrunn og forståelse. Sett i relasjon til andre spørsmål vil det imidlertid fremgå hvor mye informanten kjenner til strategier for tunghørte eller tekniske hjelpemidler.

Er det mulig for andre å gjenta studien, og gjøre de samme funnene, eller sagt med andre ord hvordan er reliabiliteten i prosjektet? Med de samme informantene vil det etter all sannsynlighet ha foregått en læringsprosess i forhold til temaet, og de vil muligens svare annerledes i en ny runde. Ved å bruke samme design i form av en deskriptiv kvantitativ undersøkelse, og samme metode i form av en spørreundersøkelse, men med et annet utvalg eldresentre ville nok ikke funnene bli mye annerledes og jeg anser reliabiliteten i studien som god.

Problemstillingen er følgende:

Er kommunikasjonsforholdene tilrettelagt for tunghørte ved seniorsentrene i Oslo?

Det er ikke mulig å gi et entydig svar på dette spørsmålet. Det er stor spredning i svarene, og resultatene viser at tilretteleggingen er personavhengig og fragmentarisk. For å se nærmere på de ulike delene av tilretteleggingen ble det satt opp noen forskningsspørsmål. Fem av spørsmålene er knyttet til empiri og to til tolkning.

Kan man se noen sammenheng mellom tilrettelegging for hørselshemmede og andelen av byens innbyggere i aktuell aldersgruppe som brukere av seniorsenteret? Det har ikke vært mulig å finne en slik sammenheng ut fra det materialet som foreligger. Det er så mange ulike årsaker til at sentrene ikke blir brukt, fra at folk er for spreke og opptatte til at de er for gamle eller for syke. Mange har dessuten andre tilbud som pensjonistforeninger gjennom tidligere arbeidssted eller lignende. Det er ikke noe mønster i hvilke bydeler som gjør hva, dette har mer sammenheng med kunnskapsnivå hos leder når det gjelder hørsel.

Er det samarbeid mellom seniorsentrene slik at kunnskap fra de som har tilrettelagt godt for denne gruppen, kan komme andre til gode? Det er mange sentre som samarbeider med andre, men ingen nevner at dette samarbeidet kan handle om tilrettelegging for tunghørte. Dette kunne ellers vært en mulighet til kunnskapsdeling og formidling av ideer om bedre tilrettelegging.

Har seniorsentrene det nødvendige tekniske utstyret for å tilrettelegge for tunghørte? Hele 83 % av sentrene har teleslynge og 88 % har lydutjevningsanlegg . Andre hjelpemidler som FM-anlegg, samtaleforsterker eller skrivetolk er veldig sjeldne. At så mange har teleslynge og lydutjevningsanlegg indikerer at det er et visst fokus på hørselsproblemer, og disse hjelpemidlene er god tilrettelegging i noen situasjoner som når det brukes mikrofon og snakkes til en større forsamling. Ved bruk av krysstabell og Pearsons Chi-square, ser man en signifikant sammenheng $p < 0.001$ mellom forekomst av teleslynge, og hvor god lederne mener tilretteleggingen i kafélokalet er. Det kan tyde på at teleslyngen tillegges større nytte i denne situasjonen enn den faktisk har.

Neste forskningsspørsmål var: *Har personalet ved seniorsentrene kunnskap om hørselstap, høreapparater og kommunikasjonsstrategier?* De mest vanlige kommunikasjonsstrategiene i møte med tunghørte, som å sette ned tempo og få deres oppmerksomhet, er kjent for de aller fleste. Når det gjelder lysforhold og fordelene ved å gi stikkord underveis i samtalen, når tema skifter, er det omtrent halvparten som kjenner til dette. Halvparten av informantene oppgir at de har kjennskap til høreapparater. Bare ti av lederne oppgir at de har fått informasjon om

kommunikasjon med hørselshemmede gjennom jobben, og man må derfor kunne konkludere med at denne kunnskapen er personavhengig og tilfeldig. De sentrene som har ledere med kunnskap innen dette feltet har lagt større vekt på tilrettelegging.

Har brukerne medbestemmelse i driften av senteret? Alle sentrene har brukerråd eller brukerrepresentant i styret. Gjennom dette har de mulighet til å påvirke driften av senteret. Imidlertid er det ingen som nevner at det har vært ønske fra brukerne om bedre tilrettelegging for tunghørte. Man kan jo spørre seg hvorfor ikke? Anser man det ikke som et viktig område, eller er det beskjedenhet hos de eldre som gjør at de ikke vil stille krav om endringer? Andre mulige forklaringer ligger i benektning av problemet eller i forfengelighet hos de eldre. Neste forskningsspørsmål handler om dette.

Er det underliggende årsaker som forfengelighet eller fornektning av problemet hos brukerne, som kan ligge bak hvis hørselstap ikke snakkes om? I følge litteratur om temaet (Hull, 2001) er det ikke uvanlig at forfengelighet og et ønske om å ikke virke gammel, kan være årsak til at mange ikke vil innrømme at de hører dårlig. Noen av mine informanter fortalte også at de hadde denne erfaringen, at brukere ikke ville erkjenne at de hørte dårlig. Det gradvise hørselstapet i forbindelse med presbycusis er nok også en medvirkende årsak til at det ikke alltid er like lett å merke selv at hørselen blir dårligere. Dette gjør tilrettelegging problematisk fordi temaet er vanskelig å komme inn på.

Kan seniorsentrene fungere som en faktor for å fremme salutogenese i brukergruppen med nedsatt hørsel? Mye av det som foregår på sentrene kan være faktorer til salutogenese, og kan medvirke til begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet for alle, inklusive de som hører dårlig (Antonovsky, 2000). Ved bedre tilrettelegging av kommunikasjonsforholdene kunne de tunghørte hatt enda mer nytte av et godt tilbud, og det kunne vært en større grad av måloppnåelse om forebyggende helsearbeid for brukerne. Ved å legge til rette for deltagelse unngår man isolasjon og ensomhet, og kan medvirke til en bedret livskvalitet.

Er det mulig ut fra en slik undersøkelse å generalisere til populasjonen, altså alle eldrecentre i Norge? Med utgangspunkt i litteratur, kjennskap til kurs for ansatte i eldreomsorgen på Briskeby kompetansesenter og nylig utkommet doktoravhandling om "Syn og hørselsvikt hos eldre" av Grue, bekrefter undersøkelsen at manglende tilrettelegging for tunghørte gjelder i hele eldreomsorgen. Dette er et område som både sykehjem, sykehus,

hjemmetjeneste og andre som behandler eldre må forholde seg til, og hvor det mangler mye kunnskap.

For fremtiden bør kommunikasjon med tunghørte inn som en del av utdanningen for alle grupper som jobber innen eldreomsorg. Kunnskap, i tillegg til et holdningsarbeid for å alminneliggjøre hørselstap med alderen, vil bety mye for en stadig større gruppe eldre i samfunnet.

Det er mye snakk om den ventede eldrebølgen, og hvilke problemer dette vil medføre i form av ressursmangel i eldreomsorgen. Ut fra dette fokus blir et salutogenetisk perspektiv ekstra viktig. Hva er det som gjør at man holder seg frisk og har god livskvalitet? Alle gode krefter både innen sosialmedisin, sosialpedagogikk, spesialpedagogikk og andre berørte, burde gå sammen for å se på hva som kan gi bedre helse, trivsel og livskvalitet, og hvordan ressursene kan brukes i forebyggende arbeid. Vi lever i verdens rikeste land og har vel alle muligheter til å leve gode liv, også i alderdommen. Det har imidlertid liten hensikt å lage utredninger, planer og veiledere for alt som kan gjøres, hvis det ikke settes i gang konkrete tiltak. Et godt sted å starte ville være innen hørsel, her er mye av kartleggingen gjort og tiltak foreslått, og det er et område som berører mange. God kommunikasjon med venner, familie og andre øker trivsel og mestring og forebygger isolasjon og ensomhet i alderdommen.

9. Kildeliste

- Anderson et al. (2007) Rehabilitering . hos Laukli. E ,red.Nordisk lærebok i auilogi s.352 – 420. Bergen: Fagbokforlaget
- Antonovsky, Aaron (2000) Helbredets mysterium. København, Hans Reizels Forlag.
- Berulfsen, Bjarne (1963) Engelsk-norsk ordbok. Oslo. Gyldendal norsk forlag.
- Bøen, Hege (2008) Hvem er brukere av eldresentrene? Nasjonalt folkehelseinstitutt, Rapport 2008:6. Oslo
- Clausen, Thomas(2003) Når hørselen svigter. København, Socialforskningsinstitutt.
- Daatland, Svein Olav, Guntveit, Odd H. & Slagsvold, Britt (red) (2000) Eldresentret nå og fremover. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. (NOVA)Rapport 17/00. Oslo
- De Vaus, David (2002) Surveys in Social Research. 5th edition. Australia, Routledge.
- Falkenberg, Eva-Signe (2007) “Holistic Aural Rehabilitaion – a Challenge.” I Holistic Aural Rehabilitation – Challenge 2007 ss.2-26.
- Falkenberg, Eva-Signe, Tungland, Ole P. & Skollerud Siri (2003) Habituation Therapyof Chronic Distressing. I Audilological Medicine (2) 2003 ss.132-137.
- Folkehelseinstituttet(2004) Utbredelsen av hørselstap. Fra hørselsundersøkelsen i Nord-Trøndelag 19995-97. (Skrevet ut 01.11.2009)
http://www.fhi.no/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&M
- Gomez, Rowena G. & Madey, Scott F. (2001)Coping-with-Hearing-Loss Model for Older Adults. Journal of Gerontology: Psychological Sciences. 2001,Vol.56B, No. 4,P223-225.

Gall, Meredith D, Gall, Joyce P. & Borg, Walter R. (2007) Educational research. Eight edition . Oregon, Pearson International Edition

Helbostad, Trym (2008) HLFs likemannsordning i Audiografen nr.4 2008.

Helbostad, Trym (2010) Eldres hørsel: Det er så lite som skal til. I ”Din hørsel”02/10.

Hellevik, Anne-Sofie, Arnesen, Haakon, Wenneber, Siri & Jacobsen, Geir (2008) Bruk av høreapparat – mestring og funksjonstap. I Tidsskrift for Den norske legeforening nr.23, 2008; 128;2715-8.

Helse- og velferssetaten i Oslo kommune (2007) Undersøkelse om ikke -bruk av eldresenter.

Hørselshemmedes Landsforbund. (2010) [http://www.hlf.no/Aktuelt/Aktuelle-interessepolitiske-saker/Saker/--Hørselshemmede diskrimineres/Hva-betyr-den-nye-Diskriminerings--og-tilgjengelighetsloven-for-hørselshemmede/](http://www.hlf.no/Aktuelt/Aktuelle-interessepolitiske-saker/Saker/--Hørselshemmede-diskrimineres/Hva-betyr-den-nye-Diskriminerings--og-tilgjengelighetsloven-for-hørselshemmede/)
<http://www.sansetap.no/syn-og-hoersel/aldersrelatert-horselstap>

Hull, Raymond H. (2001) Aural Rehabilitation- Serving Children and Adults. Fourth edition. USA, Singular Thomson Learning

Laukli, Einar: (2007) Nordisk lærebok i audiologi. Bergen, Fagbokforlaget.

Lund, Torleif: (2002) Generaliseringsproblematikk i Lund, Kleven, Kvernbekk og Christophersen(red): Innføring i forskningsmetodologi. Oslo, Unipub

Madsen, Kjell-Arild (2007)Språk og kommunikasjon: Myndiggjering eller umyndiggjering? hos Ekeland, Tor-Johan & Heggen, Kåre (red) Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk? Oslo. Gyldendal Akademisk

Normann, Trine, Sandvin,Johans Tveit & Thommesen, Hanne(2008) Om rehabilitering. Mot en helhetlig og felles forståelse? Oslo. Kommuneforlaget AS.

Oslo kommune. Helse- og velferdsetaten (2009) Eldresentrenes møte med nye brukere og nye behov. Rapport 2009.

- Peterson, Katharina Cecilia (2009) Hørseltap- sorg og aksept, stress og mestring. I Tidsskrift for den Norske psykologforening. 2009.46.ss.460-465
- Powell, Trevor J. & Enright, Simon J. (1990) Anxiety and Stress Management. London: Routledge.
- Skollerud, Siri Heftye (1991) Se hva de sier. Praktisk innføring i munnnavlesning. Oslo, Universitetsforlaget.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007) Å høre og bli hørt. Anbefalinger for en bedre høreapparatformidling. Oslo, Avd. for rehabilitering og sjeldne funksjonshemninger.
- Ulleberg, Inger (2004) Kommunikasjon og veiledning. 3 opplag 2007. Oslo, Universitetsforlaget.
- Vernon, McCay & Andrews J.F. (1990) The psychology of Deafness. USA, Longman.

10. Vedlegg

1. Spørreskjema
2. Introduksjon/presentasjon til deltagerne
3. Anbefaling fra Rådgivingskontoret i Oslo

Vedlegg 1.

Returneres: Hilde Stagrim, Harald Sohlbergsvei 6, 1064 Oslo

Spørreskjema til eldresentrene i Oslo

Bakgrunnsinformasjon:

Navn på senteret: _____

Hvor mange registrerte brukere er tilknyttet senteret? _____

Hvor mange bruker eldresenteret en gjennomsnittsdag? _____

Har senteret eget tilbud for etniske minoriteter? ☐ja ☐Nei

Er leder: ☐ Mann ☐ Kvinne

Hvilken utdanningsbakgrunn har leder av senteret? _____

Har du gjennom kurs i jobbsammenheng fått informasjon om kommunikasjon med hørselshemmede? ☐Ja ☐Nei ☐Vet ikke

Har senteret et formalisert samarbeid med andre sentre? ☐ Ja ☐Nei ☐ Vet ikke

Har sentret et uformelt samarbeid med andre sentre? ☐Ja ☐Nei ☐Vet ikke

Hvis det er samarbeid, hvilke områder? _____

Har senteret kontakt med Rådgivingskontoret for hørselshemmede i Oslo? ☐Ja ☐Nei ☐Vet ikke

Er det noen i personalet som har kunnskap om høreapparater? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

Noen spørsmål vedrørende hørselstekniske hjelpemidler:

Har senteret samtaleforsterker til utlån ved behov? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

Har sentret teleslynge? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

Er det i så fall teleslynge i hele lokalet? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

Hender det at sentretet bruker skrivetolk? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

Hender det at noen av brukerne bestiller skrivetolk? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

Har senteret lydutjevningsanlegg? (Høytalere) ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

Har senteret FM anlegg(for mottaker påmontert høreapp)? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

Hvis senteret har teleslynge, hvor ofte er denne i bruk?

Aldri	Sjelden	Ganske ofte	Alltid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørsmål om hørselshemmede på sentret:

Har sentret egen hørselsgruppe? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

Hvis ja, ca.hvor mange deltagere er det i gruppen ? _____

Hva slags bakgrunn har leder for gruppen?_____

Hva slags aktiviteter er det tilbud om i gruppen?

	Ja	Nei	Vet ikke
Bruk og vedlikehold av høreapparater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplæring i bruk av hjelpemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplæring i bruk av kommunikasjons- strategier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er det tilbud om testing av hørsel på sentret? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

Hvis det er tilbud om hørseltesting, gjøres det noen

oppfølging av resultatet? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

I tilfelle oppfølging – hva slags oppfølging?_____

Har senteret kontakt med ”likemenn” fra

Hørelshemmedes Landsforbund? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

Har senteret kontakt med ”hørselshjelpere”

Fra HLF? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

Kommunikasjonsstrategier:

Kommunikasjon med tunghørte kan fungere bedre ved å tilrettelegge forholdene i situasjonen. Er dere kjent med følgende råd :

	Ja	Nei	Vet ikke
-Den som snakker sitter slik at lys faller på hennes ansikt: (Den hørselshemmede sitter med ryggen mot vinduet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Man får den hørselshemmedes oppmerksomhet før man			

snakker: ☐ ☐ ☐

-Man snakker tydelig og litt langsommere enn vanlig: ☐ ☐ ☐

- Man gir stikkord underveis i samtalen hvis tema skifter: ☐ ☐ ☐

- Man sørger for at den tunghørte får del i morsomheter: ☐ ☐ ☐

Tilrettelegging for hørselshemmede

Undersøkelser har vist at så mange som 90% av åttiåringer har nedsatt hørsel av ulik grad. Omgivelsenes utforming og tekniske hjelpemidler har mye å si for hvordan lyd oppfattes. Er det i følgende aktiviteter tatt hensyn til tunghørte brukere?

	Ikke tatt hensyn til	Tatt noe hensyn til	Godt tilrettelagt
Kafe´	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Turer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foredrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet :			
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Brukermedvirkning:

Gjennomføres det brukerundersøkelser på sentert?
ikke

☐ Ja

☐ Nei

☐ Vet

Har senteret eget styre?
ikke

☐ Ja

☐ Nei

☐ Vet

Er brukerne i så fall representert i styet?
ikke

☐ Ja

☐ Nei

☐ Vet

Har sentert brukerråd?
ikke

☐ Ja

☐ Nei

☐ Vet

Kommentarer: _____

Vedlegg 2.

MASTEROPPGAVE OM TILRETTELEGGING FOR TUNGHØRTE PÅ SENIORSENTRENE I OSLO

Mitt navn er Hilde Stagrim, og jeg er masterstudent ved Universitetet i Oslo, Institutt for spesialpedagogikk, med fordypning i audiopedagogikk. Jeg startet på masterstudiet høsten 2008, og avslutter våren 2010 med å skrive min masteroppgave.

Oppgavens tema er tilrettelegging for eldre tunghørte, og i den forbindelse har jeg valgt å se på Oslo Kommunes seniorsentre/eldresentre som arena. Her er mange av målgruppen samlet, og når man vet at ca.90 % over 80år har nedsatt hørsel av ulik grad, er det interessant å kartlegge tilrettelegging av kommunikasjonsforholdene for denne brukergruppen.

Undersøkelsen er planlagt gjennomført som en spørreundersøkelse rettet til lederne av seniorsentrene. Jeg vil i løpet av kort tid ta kontakt på telefon for å høre om deres senior/eldresenter er villig til å delta i undersøkelsen.

Jeg har fått støtte fra Rådgivingskontoret for hørselshemmede i Oslo i at dette er en nyttig undersøkelse å gjøre, og at det berører mange.

Spørsmål om undersøkelsen kan rettes til meg eller veileder på mail eller telefon:

Mail: hildstag@student.uv.uio.no Telefon: 22301049 Mobil: 924 18 117
Veileder: Peer Møller Sørensen, Mail: peerm@isp.uio.no Mobil: 99392110

Oslo 2010-01-26

Hilde Stagrim

Vedlegg 3.

Til de det måtte angå

Masteroppgaven: ”Er kommunikasjonsforholdene tilrettelagt for tunghørte ved seniorsentrene i Oslo?” av Hilde Stagrim, vil være interessant å få se resultatet av.

Oslo Kommune, Rådgivingskontoret for hørselshemmede i Oslo, ser nytten av undersøkelsen hun har gjort på eldresentrene om tilrettelegging for tunghørte. Gruppen eldre tunghørte utgjør en stor brukergruppe av våre tjenester, og i tiden fremover vil det bli flere og flere eldre som hører dårlig, dette som en følge av ”eldrebølgen”.

Vår erfaring er at forholdene ikke er så godt tilrettelagt som det burde være for denne gruppen, og vi ser frem til å få innblikk i en grundigere kartlegging av forholdene.

Med vennlig hilsen

Rådgivningskontoret for hørselshemmede

Karina McGlade-Grando

Audiopedagog